

CIRUGIA Y QUIRURJANOS

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO OFICIAL DE LA
ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

TOMO XVII

9

SEPTIEMBRE

1949

Presidente:

DR. JOSE AGUILAR ALVAREZ.

Director Permanente de Publicaciones:

DR. FRANCISCO FONSECA.



ANEMIAS...



HEPA-BESVITAL

HEPA-BESVITAL "5"

Cada cm^3 contiene 5 U. A. A. de Extracto de Hígado, 25 mg. de Tiamina, 1 mg. de Riboflavina, 2 mg. de Piridoxina y 25 mg. de Nicotinamida en frasco amp. de 10 cm^3 (para aplicación intramuscular)

REG. NUM. 28295 S. S. A.

HEPA-BESVITAL "10"

Cada cm^3 contiene 10 U. A. A. de Extracto de Hígado, 50 mg. de Tiamina, 2 mg. de Riboflavina, 4 mg. de Piridoxina y 50 mg. de Nicotinamida en frascos amp. de 5 y 10 cm^3 (para aplicación intramuscular).

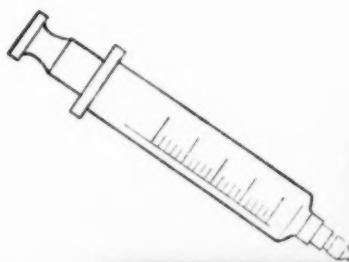
REG. NUM. 28295 S. S. A.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

P. p. A 1

Laboratorios **SILANES, S.A.**

AV. AMORES 1304 MEXICO, D.F.



**para
anestesia
intravenosa**

Más de 1,100 artículos publicados en las revistas médicas de mayor prestigio mundial, sobre el empleo de la anestesia intravenosa con Pentothal Sódico, constituyen una guía segura para los cirujanos y los anestesiólogos, que abarca en detalle todas las fases de esta importante droga, incluyendo sus indicaciones y contraindicaciones; sus ventajas e inconvenientes; las precauciones que deben observarse, y finalmente, la técnica general de administración.

El Pentothal Sódico para anestesia intravenosa, se ofrece en ampollitas de 0.5 y 1 gm., en cajas de 25 ampollitas, o en paquetes combinados que contienen 0.5 gm. de Pentothal y 10 cm.³ de agua químicamente pura; ó 1 gm. de Pentothal y 20 cm.³ de agua q. p.; ambos en cajas de 6 y 25 paquetes. Puede obtenerse en las principales farmacias de las Américas.



pentothal[®] Sódico

MARK & REGISTRADA

(Tiopental Sódico, Abbott)

En Brasil: *Thionembital*

Abbott

LABORATORIES DE MÉXICO, S. A.

ANEMIAS...



HEPA-BESVITAL

HEPA-BESVITAL "5"

Cada cm^3 contiene 5 U. A. A. de Extracto de Hígado, 25 mg. de Tiamina, 1 mg. de Riboflavina, 2 mg. de Piridoxina y 25 mg. de Nicotinamida en frasco amp. de 10 cm^3 (para aplicación intramuscular)

REG. NUM. 28295 S. S. A.

HEPA-BESVITAL "10"

Cada cm^3 contiene 10 U. A. A. de Extracto de Hígado, 50 mg. de Tiamina, 2 mg. de Riboflavina, 4 mg. de Piridoxina y 50 mg. de Nicotinamida en frascos amp. de 5 y 10 cm^3 (para aplicación intramuscular).

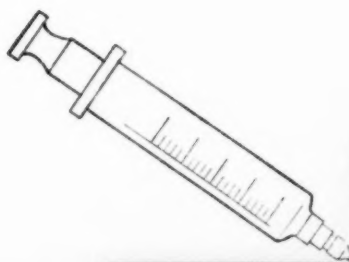
REG. NUM. 28295 S. S. A.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

P. p. A 1

Laboratorios **SILANES, S.A.**

AV. AMORES 1304 MEXICO, D.F.



**para
anestesia
intravenosa**

Más de 1,100 artículos publicados en las revistas médicas de mayor prestigio mundial, sobre el empleo de la anestesia intravenosa con Pentothal Sódico, constituyen una guía segura para los cirujanos y los anestesiólogos, que abarca en detalle todas las fases de esta importante droga, incluyendo sus indicaciones y contraindicaciones; sus ventajas e inconvenientes; las precauciones que deben observarse, y finalmente, la técnica general de administración.

El Pentothal Sódico para anestesia intravenosa, se ofrece en ampollitas de 0.5 y 1 gm., en cajas de 25 ampollitas, o en paquetes combinados que contienen 0.5 gm. de Pentothal y 10 cm.³ de agua químicamente pura; ó 1 gm. de Pentothal y 20 cm.³ de agua q. p.; ambos en cajas de 6 y 25 paquetes. Puede obtenerse en las principales farmacias de las Américas.



pentothal[®] Sódico

MARK & REGISTRADA

(Tiopental Sódico, Abbott)

En Brasil: *Thionembital*

Abbott

LABORATORIES DE MÉXICO, S. A.

SEPTICEMINE CORTIAL AMPOLLETAS

FORMULA

Yodometilato de Hexametenotetramina	0.38 g.
Hexametenotetramina	0.08 "
Solución salina fisiológica al 7.5% c. b. p.	4 cm. ³

Para una ampolleta.

PRESENTACION: En cajas de 8 ampolletas de 4 cm.³

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Antiséptico urinario e Infecciones generales.

INDICACIONES: Auxiliar en afecciones de las vías génitourinarias y estados infecciosos generales, (Cistitis, Nefritis, Angiocolitis, Colecistitis, Gripe, Neumonía, Tifoidea, Fiebre puerperal, Septicemia, Septicopiohemia y Peritonitis).

DOSIS: Adultos: pueden tolerar, según lo avanzado del caso, de una a seis inyecciones en 24 horas.

VIA DE ADMINISTRACION: Inyección endovenosa aplicada lentamente.

Reg. No. 819 S. S. A. Prop. No. Ff-3.

A. RUEFF & CIA.

LUCERNA 7.

MEXICO, D. F.

JARABE SEROLASE

FORMULA:

Jarabe de Rábano Yodado al 6%	80.00 g.
Arrenal	0.10 "
Citrato de Hierro	1.00 "
Extracto blando de Quina	0.60 "
Extracto blando de Kola	0.50 "
Hipofosfito de Cal	0.33 "
Hipofosfito de Magnesio	1.00 "
Alcohol a 60%	6.00 "
Glicerina c.b.p.	100.00 "

PRESENTACION: En frascos de 225 cm.³

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Leucogeno, vaso-dilatador, estimulante general de la nutrición, hematopoyético, tónico recalcificante fosforado.

INDICACIONES: Auxiliar en escrofula, escorbuto, inapetencia, raquitismo, anemia, linfatismo, arterioesclerosis, tuberculosis, convalecencias, paludismo, astenia física y psíquica.

DOSIS: Adultos: Una cucharada sopera antes de cada alimento.

Niños: Una a cuatro cucharaditas según la edad.

Reg. No. 17647 S. S. A. Prop. No. Ff-3.

"Usese por prescripción Médica".

A. RUEFF & CIA.

LUCERNA 7.

MEXICO, D. F.



- **PENALEV.**—Penicilina G. Sódica Cristalizada pura.—En forma de tabletas rápidamente solubles en agua, leche u otros líquidos. NO CONTIENE EXCIPIENTE.
- **VIA ORAL.**—SUBLINGUAL - NEBULIZACIONES.

Ideal en Pediatría

- **TABLETAS PENALEV 1.**—Evitan a lactentes y niños el dolor y las molestias que ocasionan las inyecciones intramusculares.
2.—No imparten sabor desagradable a las fórmulas lácteas en que se disuelven.
- **TABLETAS PENALEV.**—Administración Sublingual.—Después de colocar las Tabletas Penalev en el espacio sublingual se pueden lograr tasas sanguíneas terapéuticas de penicilina.
- **TABLETAS PENALEV.**—Su administración por nebulizaciones ha probado ser un método satisfactorio para tratar infecciones del aparato respiratorio provocadas por gérmenes penicilino sensibles.

Las Tabletas Penalev

No requieren refrigeración y conservan íntegra su potencia durante muchos meses a la temperatura ambiente.

Rp. **PENALEV** Tabletas Solubles de Penicilina G. Sódica cristalizada con 50,000 Unidades d.u.

Reg. No. 33934. S. S. A.

SHARP & DOHME, INC.

Philadelphia, Pa. E. U. A.

**SHARP
& DOHME**

SEPTICEMINE CORTIAL AMPOLLETAS

FORMULA

Yodometilato de Hexametenotetramina	0.38 g.
Hexametenotetramina	0.08 "
Solución salina fisiológica al 7.5% c. b. p.	4 cm. ³

Para una ampolleta.

PRESENTACION: En cajas de 8 ampolletas de 4 cm.³

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Antiséptico urinario e Infecciones generales.

INDICACIONES: Auxiliar en afecciones de las vías génitourinarias y estados infecciosos generales, (Cistitis, Nefritis, Angiocolitis, Colecistitis, Gripe, Neumonía, Tifoidea, Fiebre puerperal, Septicemia, Septicopiohemia y Peritonitis).

DOSIS: Adultos: pueden tolerar, según lo avanzado del caso, de una a seis inyecciones en 24 horas.

VIA DE ADMINISTRACION: Inyección endovenosa aplicada lentamente.

Reg. No. 819 S. S. A. Prop. No. Ff-3.

A. RUEFF & CIA.

LUCERNA 7.

MEXICO, D. F.

JARABE SEROLASE

FORMULA:

Jarabe de Rábano Yodado al 6%	80.00 g.
Arrenal	0.10 "
Citrato de Hierro	1.00 "
Extracto blando de Quina	0.60 "
Extracto blando de Kola	0.50 "
Hipofosfito de Cal	0.33 "
Hipofosfito de Magnesio	1.00 "
Alcohol a 60%	6.00 "
Glicerina c.b.p.	100.00 "

PRESENTACION: En frascos de 225 cm.³

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Leucogeno, vaso-dilatador, estimulante general de la nutrición, hematopoyético, tónico recalcificante fosforado.

INDICACIONES: Auxiliar en escrofula, escorbuto, inapetencia, raquitismo, anemia, linfatismo, arterioesclerosis, tuberculosis, convalecencias, paludismo, astenia física y psíquica.

DOSIS: Adultos: Una cucharada sopera antes de cada alimento.

Niños: Una a cuatro cucharaditas según la edad.

Reg. No. 17647 S. S. A. Prop. No. Ff-3.

"Usese por prescripción Médica".

A. RUEFF & CIA.

LUCERNA 7.

MEXICO, D. F.



- **PENALEV.**—Penicilina G. Sódica Cristalizada pura.—En forma de tabletas rápidamente solubles en agua, leche u otros líquidos. NO CONTIENE EXCIPIENTE.
- **VIA ORAL.**—SUBLINGUAL - NEBULIZACIONES.

Ideal en Pediatría

- **TABLETAS PENALEV 1.**—Evitan a lactentes y niños el dolor y las molestias que ocasionan las inyecciones intramusculares.
2.—No imparten sabor desagradable a las fórmulas lácteas en que se disuelven.
- **TABLETAS PENALEV.**—Administración Sublingual.—Después de colocar las Tabletas Penalev en el espacio sublingual se pueden lograr tasas sanguíneas terapéuticas de penicilina.
- **TABLETAS PENALEV.**—Su administración por nebulizaciones ha probado ser un método satisfactorio para tratar infecciones del aparato respiratorio provocadas por gérmenes penicilino sensibles.

Las Tabletas Penalev

No requieren refrigeración y conservan íntegra su potencia durante muchos meses a la temperatura ambiente.

Rp. **PENALEV** Tabletas Solubles de Penicilina G. Sódica cristalizada con 50,000 Unidades d.u.

Reg. No. 33934. S. S. A.

SHARP & DOHME, INC.

Philadelphia, Pa. E. U. A.

**SHARP
& DOHME**

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

CUERPO DIRECTIVO
1948 - 1948.

Presidente:
DR. JOSE AGUILAR
ALVAREZ.

Vice-Presidente:
DR. JOAQUIN CORREA.

Secretario Perpetuo:
DR. JOSE TORRES TRIJA.

Director Permanente de
Publicaciones:
DR. FRANCISCO FONSECA.

Secretario Bisanual:
DR. RAUL PEÑA TREVIÑO.

Tesorero:
DR. LUIS BENITEZ SOTO.

VOCAL:

1er. Vocal.
Dr. Fernando Valdés Villarreal.

2o. Vocal.
Dr. Rodolfo González Hurtado.

3er. Vocal.
Dr. Fernando Meléndez.

4o. Vocal.
Dr. Eduardo Castro.

5o. Vocal.
Dr. Carlos Colín.

RUTHIORYL

ANTIALERGICO

Inyecciones intravenosas.
Grageas.

Granulado (Infantil)

Reg. Nos. 33044, 33483,
33684 S. S. A.

RUTINA THOME

Inyecciones.

Intravenosas o Intramusculares.

FRAGILIDAD CAPILAR

Reg. No. 32570 S. S. A.

BENCETRICYL

ANTIBIOTICO

Y VASOCONSTRICTOR DE
APLICACION LOCAL.

A base de Tirotricina y Bencedrina.

Reg. No. 33353 S. S. A.

LABORATORIOS J. C. THOME,
S. A.

Moras No. 360. Nva. Col. del Valle.

Apartado No. 1398.

México, D. F.

Contra el



GOTAS DE OCTIRONA

ANALGESICO Y
ANTINEURALGICO

Libre de alcaloides y ácido barbitúrico!!



La rápida y segura acción analgesica y antineurálgica de la OCTIRONA ha sido puesta a prueba y comprobada. Sus indicaciones mas seguras son: cólicos y dolores espasmódicos, jaquecas, gota, dismenorreas, etc., etc.

Frascos de 10 c.c. - Reg. No. 19758 D.S.P. - Prop. No. 10091

Elaborado por: MERCK-MEXICO, S. A. Versalles 15 México, D. F.

Esta Empresa opera bajo el control de la H. Junta de Administración y Vigilancia de la Propiedad Extranjera.

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

CUERPO DIRECTIVO
1948 - 1948.

Presidente:
DR. JOSE AGUILAR
ALVAREZ.

Vice-Presidente:
DR. JOAQUIN CORREA.

Secretario Perpetuo:
DR. JOSE TORRES TRIJA.

Director Permanente de
Publicaciones:
DR. FRANCISCO FONSECA.

Secretario Bisanual:
DR. RAUL PEÑA TREVIÑO.

Tesorero:
DR. LUIS BENITEZ SOTO.

VOCALES:

1er. Vocal.
Dr. Fernando Valdés Villarreal.

2o. Vocal.
Dr. Rodolfo González Hurtado.

3er. Vocal.
Dr. Fernando Meléndez.

4o. Vocal.
Dr. Eduardo Castro.

5o. Vocal.
Dr. Carlos Colín.

RUTHIORYL

ANTIALERGICO

Inyecciones intravenosas.
Grageas.

Granulado (Infantil)

Reg. Nos. 33044, 33483,
33684 S. S. A.

RUTINA THOME

Inyecciones.

Intravenosas o Intramusculares.

FRAGILIDAD CAPILAR

Reg. No. 32570 S. S. A.

BENCETRICYL

ANTIBIOTICO

Y VASOCONSTRICTOR DE
APLICACION LOCAL.

A base de Tirotricina y Bencedrina.

Reg. No. 33353 S. S. A.

LABORATORIOS J. C. THOME,
S. A.

Moras No. 360. Nva. Col. del Valle.

Apartado No. 1398.

México, D. F.

Contra el



GOTAS DE OCTIRONA

ANALGESICO Y
ANTINEURALGICO

Libre de alcaloides y ácido barbitúrico!!



La rápida y segura acción analgesica y antineurálgica de la OCTIRONA ha sido puesta a prueba y comprobada. Sus indicaciones mas seguras son: cólicos y dolores espasmódicos, jaquecas, gota, dismenorreas, etc., etc.

Frascos de 10 c.c. - Reg. No. 19758 D.S.P. - Prop. N° 10091

Elaborado por: MERCK-MEXICO, S. A. Versailles 15 México, D. F.

Esta Empresa opera bajo el control de la H. Junta de Administración y Vigilancia de la Propiedad Extranjera.

4 amp. de 1 cm³.

ALBACORTIL

Reg. NUM. 33773 S. S. A.

FORMULA 1:

Acetato de desoxicorticosterona	2 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

FORMULA 2:

Acetato de desoxicorticosterona	5 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

FORMULA 3:

Acetato de desoxicorticosterona	10 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

Para una ampolleta.

ESTIMULANTE DE METABOLISMO GENERAL

Laboratorios "ALBAMEX", S. A.

Querétaro 26.

MEXICO, D. F.

ARHEMAPECTINE

GALLIER

**HEMOSTATICO PODEROSO POR
COAGULACION A BASE DE PECTINA**

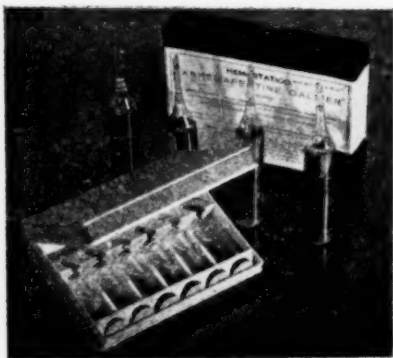
Caja de 4 amps. de 20 c. c.
Caja de 6 amps. de 5 c. c.

**COMPLETAMENTE ATOXICO Y EXCENTO
DE SHOCK. TOLERANCIA PERFECTA.
NINGUNA CONTRAINDICACION**

Este medicamento es de empleo delicado

Reg. Num. 5930 D S P

Prop. Num. 8850



ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT S. A.

RHIN NUM. 37

MEXICO, D. F.

.....**VINCE**

permite lograr una perfecta

Asepsia Bucal

por su antiséptico oxigenante, y resulta además,
especialmente útil en el tratamiento de las esto-
matitis ligeras y otras afecciones similares.

REG. 7816 S. S. A.
PROP. 77-43

VEGANIN

• preparado a base de fosfato de co-
deína, fenacetina y ácido acetilsalicí-
• lico, es un valioso auxiliar como an-
• tipirético, antirreumático y sedante
• nervioso, así como para aliviar rápi-
• damente los

Dolores

REG. 5862 S. S. A.
PROP. 77-43

.....
CIA. MEDICINAL "LA CAMPANA"
S. A.

APARTADO 424

MEXICO, D. F.

4 amp. de 1 cm³.

ALBACORTIL

Reg. NUM. 33773 S. S. A.

FORMULA 1:

Acetato de desoxicorticosterona	2 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

FORMULA 2:

Acetato de desoxicorticosterona	5 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

FORMULA 3:

Acetato de desoxicorticosterona	10 mg.
Aceite de sésamo c.b.p.	1 cm ³ .

Para una ampollita.

ESTIMULANTE DE METABOLISMO GENERAL

Laboratorios "ALBAMEX", S. A.

Querétaro 25.

MEXICO, D. F.

ARHEMAPECTINE

GALLIER

**HEMOSTATICO PODEROSO POR
COAGULACION A BASE DE PECTINA**

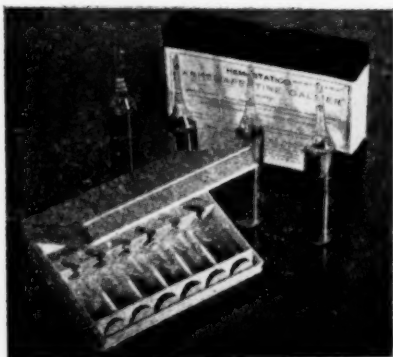
Caja de 4 amps. de 20 c. c.
Caja de 6 amps. de 5 c. c.

COMPLETAMENTE ATOXICO Y EXCENTO
DE SHOCK. TOLERANCIA PERFECTA.
NINGUNA CONTRAINDICACION

Este medicamento es de empleo delicado

Reg. Num. 5930 D. S. P.

Prop. Num. 8850



ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT S. A.

RHIN. NUM. 37

MEXICO, D. F.

.....**VINCE**

permite lograr una perfecta

Asepsia Bucal

por su antiséptico oxigenante, y resulta además,
especialmente útil en el tratamiento de las esto-
matitis ligeras y otras afecciones similares.

REG. 7816 S. S. A.
PROP. 77-43

VEGANIN

• preparado a base de fosfato de co-
deína, fenacetina y ácido acetilsalicí-
• lico, es un valioso auxiliar como an-
• tipirético, antirreumático y sedante
• nervioso, así como para aliviar rápi-
• damente los

Dolores

REG. 5862 S. S. A.
PROP. 77-43

.....
CIA. MEDICINAL "LA CAMPANA"
S. A.

APARTADO 424

MEXICO, D. F.

*"Los Laboratorios Lederle, S. A.", se complacen
en ofrecer al H. Cuerpo Médico Mexicano, el
más reciente antibiótico descubierto.*

CLORHIDRATO DE AUREOMICINA LEDERLE

Reg. No. 33913 S. S. A.

Para el tratamiento de:

- Fiebre de malta.
- Fiebre Tifoidea.
- Fiebre Paratifoidea A y B.
- Tifus.
- Rickettsiosis.
- Linfogranuloma Venéreo.
- Neumonía Atípica primaria.
- Infecciones causadas por cocos
- Gram-positivos. Penicilino resis-
tentes (especialmente estafiloco-
cos).
- Infecciones causadas por organis-
mos coli-aerogenes.
- Fiebre de Queensland.
- Psitacosis.

ENVASE: Frasco de 16 cápsulas de 250 mg.

Frasco de 25 cáps. de 50 mg.

Frasco gotero para solución oftálmica 25 mg.

Laboratorios Lederle, S. A.

Fray Servando Teresa de Mier No. 120

(Esquina con Isabel la Católica)

MEXICO, D. F.

TEL. 36-70-59

S U M A R I O:

LA SUPRARRENALECTOMIA EN LOS PADECIMIENTOS ANGIOTROFICOS DE LOS MIEMBROS.— <i>Por el Académico Dr. Francisco Fonseca y el Dr. Armando Ordoñez Acuña.</i>	435
BIOGRAFIA BREVE DE UN GRAN MEDICO MEXICANO EL DR. FERNANDO LOPEZ, PRIMER DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.— <i>Por el Dr. José Alcántara Herrera.</i>	455
LAS CAUSAS DE RECIDIVA DE LAS INTERVENCIONES SOBRE LAS VIAS BILIARES.— <i>Por el Académico Dr. Miguel López Esnaurrizar.</i>	464
QUISTES DENTARIOS.— <i>Por el Dr. J. Quijano, de Monterrey Nuevo León.</i>	486

Director.

DR. FRANCISCO FONSECA

Gerente:

M. LEON DIAZ

Jefe de Redacción:

DR. RODOLFO GONZALEZ HURTADO

CIRUGIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL.

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugia.

Fundado en Junio de 1933.

Registrado como Art. de 2a. clase en la Admón. de Correos el 6 de abril de 1936.

Apartado Postal número 7994, Facultad de Medicina,
esquina Brasil y Venezuela, México, D. F.

GERENCIA: Apartado Postal 8701, México, D. F.

Precios:

	Ejemplar.	Abono anual.	Núms. atrasados.
En México.	\$ 4.00	\$ 20.00	\$ 5.00
En el extranjero	Equivalente en Dls.		

Para estudiantes mitad de precio.

SE SOLICITA CANJE.
ON DEMANDE L'ECHANGE.

EXCHANGE REQUESTED.
BITTE AUSTAUSCHEN.

Los trabajos publicados en esta Revista son de exclusiva responsabilidad de su autor.

*"Los Laboratorios Lederle, S. A.", se complacen
en ofrecer al H. Cuerpo Médico Mexicano, el
más reciente antibiótico descubierto.*

CLORHIDRATO DE AUREOMICINA LEDERLE

Reg. No. 33913 S. S. A.

Para el tratamiento de:

- Fiebre de malta.
- Fiebre Tifoidea.
- Fiebre Paratifoidea A y B.
- Tifus.
- Rickettsiosis.
- Linfogranuloma Venéreo.
- Neumonía Atípica primaria.
- Infecciones causadas por cocos
- Gram-positivos. Penicilino resis-
tentes (especialmente estafiloco-
cos).
- Infecciones causadas por organis-
mos coli-aerogenes.
- Fiebre de Queensland.
- Psitacosis.

ENVASE: Frasco de 16 cápsulas de 250 mg.

Frasco de 25 cáps. de 50 mg.

Frasco gotero para solución oftálmica 25 mg.

Laboratorios Lederle, S. A.

Fray Servando Teresa de Mier No. 120

(Esquina con Isabel la Católica)

MEXICO, D. F.

TEL. 36-70-59

S U M A R I O:

LA SUPRARRENALECTOMIA EN LOS PADECIMIENTOS ANGIOTROFICOS DE LOS MIEMBROS.— <i>Por el Académico Dr. Francisco Fonseca y el Dr. Armando Ordoñez Acuña.</i>	435
BIOGRAFIA BREVE DE UN GRAN MEDICO MEXICANO EL DR. FERNANDO LOPEZ, PRIMER DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.— <i>Por el Dr. José Alcántara Herrera.</i>	455
LAS CAUSAS DE RECIDIVA DE LAS INTERVENCIONES SOBRE LAS VIAS BILIARES.— <i>Por el Académico Dr. Miguel López Esnaurrizar.</i>	464
QUISTES DENTARIOS.— <i>Por el Dr. J. Quijano, de Monterrey Nuevo León.</i>	486

Director.

DR. FRANCISCO FONSECA

Gerente:

M. LEON DIAZ

Jefe de Redacción:

DR. RODOLFO GONZALEZ HURTADO

CIRUGIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL.

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugia.

Fundado en Junio de 1933.

Registrado como Art. de 2a. clase en la Admón. de Correos el 6 de abril de 1936.

Apartado Postal número 7994, Facultad de Medicina,
esquina Brasil y Venezuela, México, D. F.

GERENCIA: Apartado Postal 8701, México, D. F.

Precios:

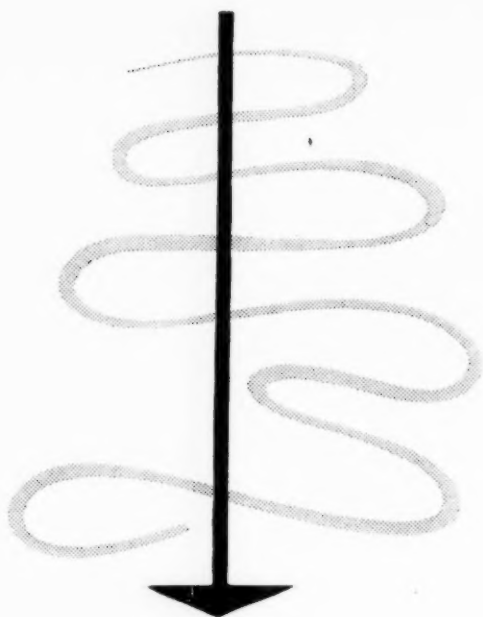
	Ejemplar.	Abono anual.	Núms. atrasados.
En México.	\$ 4.00	\$ 20.00	\$ 5.00
En el extranjero	Equivalente en Dls.		

Para estudiantes mitad de precio.

SE SOLICITA CANJE.
ON DEMANDE L'ECHANGE.

EXCHANGE REQUESTED.
BITTE AUSTAUSCHEN.

Los trabajos publicados en esta Revista son de exclusiva responsabilidad de su autor.



vía directa

Cuando el tratamiento bucal de los niños o adultos con complejo de vitamina B parece no ser lo suficientemente eficaz, los médicos recomiendan inyectar 'Betalin Complejo' (Complejo de Vitamina B, Lilly) intravenosa o intramuscularmente, en dosis de 1 a 4 cm³ al día. La administración parenteral, o sea la *vía directa*, es garantía de una utilización completa pues se elimina la dificultad de la absorción defectuosa y se proporcionan inmediatamente altas dosis del complejo vitamínico B.

Cada cm³ de 'Betalin Complejo' contiene:

Clorhidrato de Tiamina	5 mg
Riboflavina	2 mg
Nicotinamida	75 mg
Ácido Pantoténico (como Pantotenato de Calcio)	2.5 mg
Clorhidrato de Piridoxina	5 mg

Reg. No. 27258 S.S.A.

ELI LILLY PAN-AMERICAN CORPORATION
INDIANAPOLIS 6, INDIANA, E.U.A.

Prop. No. H-3.



Cirugía y Cirujanos

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

AÑO XVII

SEPTIEMBRE 1949

NUM. 9

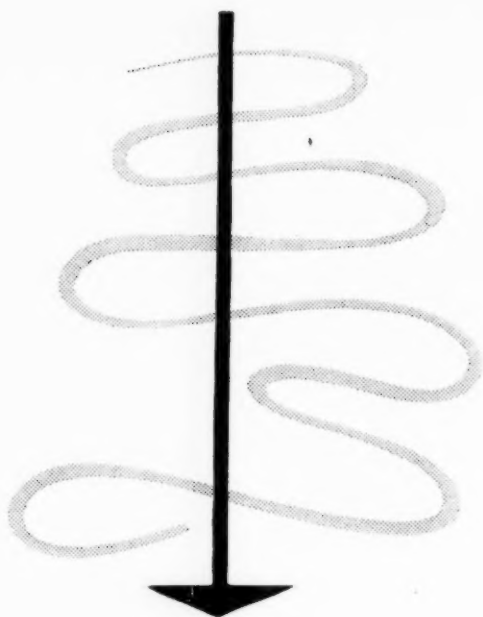
La Suprarrenalectomía en los Padecimientos Angiotróficos de los Miembros.

Por el Académico Dr. Francisco Fonseca, en colaboración con el Dr. Armando Ordóñez Acuña.

Tomando en cuenta los halagadores trabajos y estadísticas de Von Oppel (1921), Maggi y Mazzochi (1932), Leriche y Fontaine (1939), y Levy Boladeres (1939), sobre la Suprarrenalectomía en algunos padecimientos angiotróficos de los miembros, nos propusimos continuar estas ideas, y fué en el año de 1943 cuando entre nosotros la cirugía del simpático y del parasimpático adquirió los caracteres de su múltiple utilidad.

Por aquel entonces prevalecían las ideas de la triada fisiopatológica del hipersuprarrenalismo con hiperadrenalinemia en sujetos con fuertes respuestas simpaticotónicas en los que lesiones anatómicas de orden inflamatorio localizadas en el territorio vascular o en cualquier otra parte de organismo determinaban estímulos sobre las glándulas suprarrenales enfermas activando su secreción, lo que a su vez exageraba el funcionamiento del sistema simpático provocando concomitadamente el vasoespasmo, cuya expresión clínica existía en la endoarteritis obliterante, la enfermedad de Raynaud, y en las obliteraciones arteriales infecciosas.

En estas condiciones se planteó la posibilidad de disminuir la exagerada cantidad de adrenalina circulante, y suponiendo que esto lo lograríamos extirpando uno de los órganos que la producen, una glándula suprarrenal, lo hicimos así iniciando nuestra experiencia en el perro,



vía directa

Cuando el tratamiento bucal de los niños o adultos con complejo de vitamina B parece no ser lo suficientemente eficaz, los médicos recomiendan inyectar 'Betalin Complejo' (Complejo de Vitamina B, Lilly) intravenosa o intramuscularmente, en dosis de 1 a 4 cm³ al día. La administración parenteral, o sea la *vía directa*, es garantía de una utilización completa pues se elimina la dificultad de la absorción defectuosa y se proporcionan inmediatamente altas dosis del complejo vitamínico B.

Cada cm³ de 'Betalin Complejo' contiene:

Clorhidrato de Tiamina	5 mg
Riboflavina	2 mg
Nicotinamida	75 mg
Ácido Pantoténico (como Pantotenato de Calcio)	2.5 mg
Clorhidrato de Piridoxina	5 mg

Reg. No. 27258 S.S.A.

ELI LILLY PAN-AMERICAN CORPORATION
INDIANAPOLIS 6, INDIANA, E.U.A.

Prop. No. H-3.



Cirugía y Cirujanos

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

AÑO XVII

SEPTIEMBRE 1949

NUM. 9

La Suprarrenalectomía en los Padecimientos Angiotróficos de los Miembros.

Por el Académico Dr. Francisco Fonseca, en colaboración con el Dr. Armando Ordóñez Acuña.

Tomando en cuenta los halagadores trabajos y estadísticas de Von Oppel (1921), Maggi y Mazzochi (1932), Leriche y Fontaine (1939), y Levy Boladeres (1939), sobre la Suprarrenalectomía en algunos padecimientos angiotróficos de los miembros, nos propusimos continuar estas ideas, y fué en el año de 1943 cuando entre nosotros la cirugía del simpático y del parasimpático adquirió los caracteres de su múltiple utilidad.

Por aquel entonces prevalecían las ideas de la triada fisiopatológica del hipersuprarrenalismo con hiperadrenalinemia en sujetos con fuertes respuestas simpaticotónicas en los que lesiones anatómicas de orden inflamatorio localizadas en el territorio vascular o en cualquier otra parte de organismo determinaban estímulos sobre las glándulas suprarrenales enfermas activando su secreción, lo que a su vez exageraba el funcionamiento del sistema simpático provocando concomitadamente el vasoespasmo, cuya expresión clínica existía en la endoarteritis obliterante, la enfermedad de Raynaud, y en las obliteraciones arteriales infecciosas.

En estas condiciones se planteó la posibilidad de disminuir la exagerada cantidad de adrenalina circulante, y suponiendo que esto lo lograríamos extirpando uno de los órganos que la producen, una glándula suprarrenal, lo hicimos así iniciando nuestra experiencia en el perro,

repitiéndola múltiples veces hasta confirmar su inocuidad; hubimos de lamentar solamente el no haber podido producir en este animal los padecimientos mencionados.

Continuamos nuestros trabajos en el cadáver haciendo primero disecciones de ambas glándulas y de sus relaciones, para adquirir así los mejores conocimientos anatómicos de la región, que posteriormente nos habrían de llevar a conocer la técnica operatoria de elección; ésta resultó ser la extirpación de la glándula suprarrenal izquierda que es más accesible y menos peligrosa.

Logrado esto decidimos intervenir y así lo hicimos durante dos años en 14 enfermos que fueron ampliamente estudiados, y cuyos padecimientos se clasificaron dentro de los anotados: Enfermedad de Buerger, Enfermedad de Reynaud y Obliteración arterial infecciosa, obteniendo resultados y conclusiones que fueron dados a conocer a la Sociedad Médica de este Hospital por medio de una comunicación preliminar en el mes de marzo de 1946.

Posteriormente y durante el tiempo que ha transcurrido hasta la fecha estos conceptos y conclusiones se han modificado considerablemente ya que nuestras satisfactorias observaciones iniciales han ido variando sobre todo en lo que se refiere a la endoarteritis obliterante, en donde la mayoría de los enfermos sufrieron recaídas que solamente pudieron ser modificadas por medio de la Cirugía cruenta y mutilante de la amputación. No así en dos casos de Enfermedad de Raynaud en los que la experiencia y observación nos ha llevado a concluir que la indicación precisa de la suprarrenalectomía es la enfermedad de Raynaud sobre todo cuando existen fenómenos isquémicos en los cuatro miembros, es decir, superiores e inferiores de acuerdo con su antigua designación de gangrena simétrica de las extremidades, pues en estas condiciones resulta materialmente imposible el tratamiento por múltiples intervenciones sobre el simpático es decir, sobre las cadenas lumbar y cervicales de donde se desprenden las raíces nerviosas de este sistema para los miembros enfermos.

Por lo que se refiere a los cuatro casos de arteritis post-infecciosa los resultados obtenidos son semejantes a los que pudieran haberse logrado con cualquiera otra de las intervenciones (simpatectomía femoral o simpatectomía lumbar) que aumentan el aporte sanguíneo del miembro

afecto, limitando más rápidamente la gangrena y dando al muñón una activa circulación sanguínea.

GENERALIDADES SOBRE LA ARTERITIS OBLITERANTES DE LOS MIEMBROS

Las arteritis obliterantes de los miembros son padecimientos caracterizados por la oclusión vascular periférica producida a favor de una proliferación parietal y de fenómenos vasoespásticos o vasoparalíticos.

Etiología: diferentes influencias predisponen a las arteritis obliterantes entre las cuales podemos citar algunas enfermedades infecciosas, tabaquismo, raza, edad y sexo.

Fisiopatología: en la base de los accidentes determinados por la arteritis hay una razón anatomopatológica: la obstrucción arterial.

La obstrucción parcial de una arteria puede asegurar una circulación suficiente en reposo y hacerse insuficiente en cuanto los músculos trabajan pues se ha demostrado que la circulación en un músculo es seis veces mayor durante el trabajo del mismo. Esta necesidad es tanto más importante cuanto más considerable es el trabajo. Así se explica la claudicación intermitente.

Pero si la obliteración arterial es la causa primordial, existe otro factor nervioso, el espasmo vascular sobreañadido. En ciertos casos uno de estos factores predomina sobre el otro, unas veces es la obliteración (forma mecánica, vgr. Enfermedad de Buerger), otras el angioespasmo (forma vasomotora, vgr. la Enfermedad de Raynaud), pero siempre con la tendencia a un mismo resultado: la insuficiencia circulatoria, y cuanto más evoluciona la enfermedad tanto más disminuye el aporte sanguíneo.

Esta teoría mecánica a la que hay que añadir la teoría vasomotora explica la evolución de las arteritis crónicas, sus detenciones y remisiones.

Cuadro Clínico: la multiplicidad de las causas de las arteritis ocasiona un cuadro clínico diferente en cada caso, sin embargo, los trastornos de la isquemia del miembro producen algunos síntomas comunes:

a) Dolor: el dolor va desde los paroxismos de la claudicación intermitente hasta los dolores continuos que señalan la aparición de la

repitiéndola múltiples veces hasta confirmar su inocuidad; hubimos de lamentar solamente el no haber podido producir en este animal los padecimientos mencionados.

Continuamos nuestros trabajos en el cadáver haciendo primero disecciones de ambas glándulas y de sus relaciones, para adquirir así los mejores conocimientos anatómicos de la región, que posteriormente nos habrían de llevar a conocer la técnica operatoria de elección; ésta resultó ser la extirpación de la glándula suprarrenal izquierda que es más accesible y menos peligrosa.

Logrado esto decidimos intervenir y así lo hicimos durante dos años en 14 enfermos que fueron ampliamente estudiados, y cuyos padecimientos se clasificaron dentro de los anotados: Enfermedad de Buerger, Enfermedad de Reynaud y Obliteración arterial infecciosa, obteniendo resultados y conclusiones que fueron dados a conocer a la Sociedad Médica de este Hospital por medio de una comunicación preliminar en el mes de marzo de 1946.

Posteriormente y durante el tiempo que ha transcurrido hasta la fecha estos conceptos y conclusiones se han modificado considerablemente ya que nuestras satisfactorias observaciones iniciales han ido variando sobre todo en lo que se refiere a la endoarteritis obliterante, en donde la mayoría de los enfermos sufrieron recaídas que solamente pudieron ser modificadas por medio de la Cirugía cruenta y mutilante de la amputación. No así en dos casos de Enfermedad de Raynaud en los que la experiencia y observación nos ha llevado a concluir que la indicación precisa de la suprarrenalectomía es la enfermedad de Raynaud sobre todo cuando existen fenómenos isquémicos en los cuatro miembros, es decir, superiores e inferiores de acuerdo con su antigua designación de gangrena simétrica de las extremidades, pues en estas condiciones resulta materialmente imposible el tratamiento por múltiples intervenciones sobre el simpático es decir, sobre las cadenas lumbar y cervicales de donde se desprenden las raíces nerviosas de este sistema para los miembros enfermos.

Por lo que se refiere a los cuatro casos de arteritis post-infecciosa los resultados obtenidos son semejantes a los que pudieran haberse logrado con cualquiera otra de las intervenciones (simpatectomía femoral o simpatectomía lumbar) que aumentan el aporte sanguíneo del miembro

afecto, limitando más rápidamente la gangrena y dando al muñón una activa circulación sanguínea.

GENERALIDADES SOBRE LA ARTERITIS OBLITERANTES DE LOS MIEMBROS

Las arteritis obliterantes de los miembros son padecimientos caracterizados por la oclusión vascular periférica producida a favor de una proliferación parietal y de fenómenos vasoespásticos o vasoparalíticos.

Etiología: diferentes influencias predisponen a las arteritis obliterantes entre las cuales podemos citar algunas enfermedades infecciosas, tabaquismo, raza, edad y sexo.

Fisiopatología: en la base de los accidentes determinados por la arteritis hay una razón anatomopatológica: la obstrucción arterial.

La obstrucción parcial de una arteria puede asegurar una circulación suficiente en reposo y hacerse insuficiente en cuanto los músculos trabajan pues se ha demostrado que la circulación en un músculo es seis veces mayor durante el trabajo del mismo. Esta necesidad es tanto más importante cuanto más considerable es el trabajo. Así se explica la claudicación intermitente.

Pero si la obliteración arterial es la causa primordial, existe otro factor nervioso, el espasmo vascular sobreañadido. En ciertos casos uno de estos factores predomina sobre el otro, unas veces es la obliteración (forma mecánica, vgr. Enfermedad de Buerger), otras el angioespasmo (forma vasomotora, vgr. la Enfermedad de Raynaud), pero siempre con la tendencia a un mismo resultado: la insuficiencia circulatoria, y cuanto más evoluciona la enfermedad tanto más disminuye el aporte sanguíneo.

Esta teoría mecánica a la que hay que añadir la teoría vasomotora explica la evolución de las arteritis crónicas, sus detenciones y remisiones.

Cuadro Clínico: la multiplicidad de las causas de las arteritis ocasiona un cuadro clínico diferente en cada caso, sin embargo, los trastornos de la isquemia del miembro producen algunos síntomas comunes:

a) Dolor: el dolor va desde los paroxismos de la claudicación intermitente hasta los dolores continuos que señalan la aparición de la

gangrena. Jamás deja de existir, manifestándose por primera vez con motivo de una marcha rápida o prolongada, o sin pretexto alguno; cesa con el descanso y reaparece al retornar las causas provocadoras. Asienta por regla general en la región posterior de la pierna extendiéndose después al resto de la misma y a los músculos del pie.

b) Trastornos vasomotores: toda obliteración arterial que se manifiesta o no por claudicación intermitente puede comprender en su cuadro manifestaciones vasomotoras traducidas por síntomas nerviosos que van desde las parestias parciales fácilmente inadvertidas, hasta la parálisis con reacción degenerativas.

Formas clínicas: las formas clínicas de las arteritis obliterantes son múltiples, excluimos de nuestra observación las arteritis sífilíticas, diabética, arterioesclerótica y las locales por traumatismo o ligadura de vasos gruesos. En cambio se trabajó en las formas de arteritis ya anotadas cuyas características diferenciales fundamentales pueden resumirse como sigue:

Enfermedad de Buerger: anatomopatológicamente se caracteriza por presentar en la endoarteria un verdadero nódulo inflamatorio con células gigantes rodeadas de células epitelioides. Las venas son asimismo asiento de flebitis vegetante. Los nervios ofrecen lesiones de neuritis a consecuencia de la inflamación crónica de la endoarteria; la inflamación interesa pues todo el paquete vâsculo nervioso y hasta invade el tejido celular próximo. La figura 1 representa una interesante microfotografía de las lesiones de este padecimiento.

En cuanto a su sintomatología se caracteriza en un principio por el dolor intolerable de las extremidades inferiores, que tiene la peculiaridad de disminuir con la llamada posición antálgica o en declive, y aumentar con el decúbito. Con la aparición de los trastornos tróficos se hace más intenso y después de una eritromelia más o menos prolongada se producen las placas de gangrena.

Enfermedad de Raynaud: se presenta en forma de accesos debidos a espasmos de las pequeñas arteriolas causadas probablemente por la influencia del sistema nervioso. En cuanto a su sintomatología el ataque puede ser doloroso o no, apreciándose uno o varios dedos pálidos y fríos, con la sensibilidad muy disminuida "dedos de muerto". Otras veces se

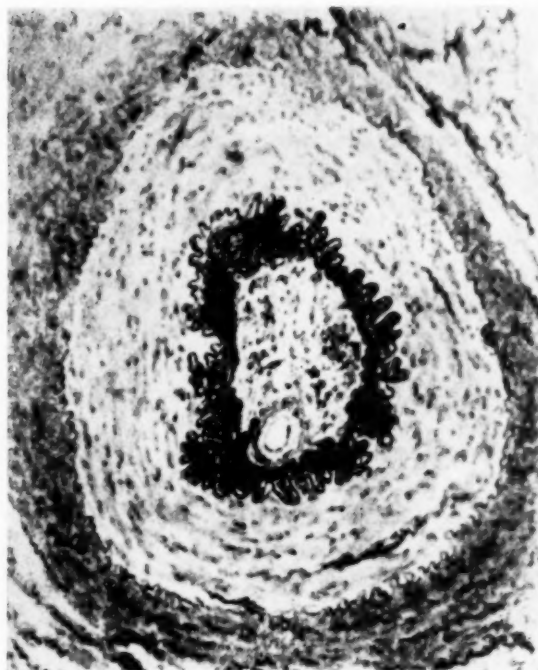


Fig. 1

Tromboangitis Obliterante antigua; Neovascularización del tejido cicatrizal. Venilla y arteriola desarrolladas en el curso de la organización del coágulo. (Enriquez)

gangrena. Jamás deja de existir, manifestándose por primera vez con motivo de una marcha rápida o prolongada, o sin pretexto alguno; cesa con el descanso y reaparece al retornar las causas provocadoras. Asienta por regla general en la región posterior de la pierna extendiéndose después al resto de la misma y a los músculos del pie.

b) Trastornos vasomotores: toda obliteración arterial que se manifiesta o no por claudicación intermitente puede comprender en su cuadro manifestaciones vasomotoras traducidas por síntomas nerviosos que van desde las parestias parciales fácilmente inadvertidas, hasta la parálisis con reacción degenerativas.

Formas clínicas: las formas clínicas de las arteritis obliterantes son múltiples, excluimos de nuestra observación las arteritis sífilíticas, diabética, arterioesclerótica y las locales por traumatismo o ligadura de vasos gruesos. En cambio se trabajó en las formas de arteritis ya anotadas cuyas características diferenciales fundamentales pueden resumirse como sigue:

Enfermedad de Buerger: anatomopatológicamente se caracteriza por presentar en la endoarteria un verdadero nódulo inflamatorio con células gigantes rodeadas de células epitelioides. Las venas son asimismo asiento de flebitis vegetante. Los nervios ofrecen lesiones de neuritis a consecuencia de la inflamación crónica de la endoarteria; la inflamación interesa pues todo el paquete vâsculo nervioso y hasta invade el tejido celular próximo. La figura 1 representa una interesante microfotografía de las lesiones de este padecimiento.

En cuanto a su sintomatología se caracteriza en un principio por el dolor intolerable de las extremidades inferiores, que tiene la peculiaridad de disminuir con la llamada posición antálgica o en declive, y aumentar con el decúbito. Con la aparición de los trastornos tróficos se hace más intenso y después de una eritromelia más o menos prolongada se producen las placas de gangrena.

Enfermedad de Raynaud: se presenta en forma de accesos debidos a espasmos de las pequeñas arteriolas causadas probablemente por la influencia del sistema nervioso. En cuanto a su sintomatología el ataque puede ser doloroso o no, apreciándose uno o varios dedos pálidos y fríos, con la sensibilidad muy disminuida "dedos de muerto". Otras veces se

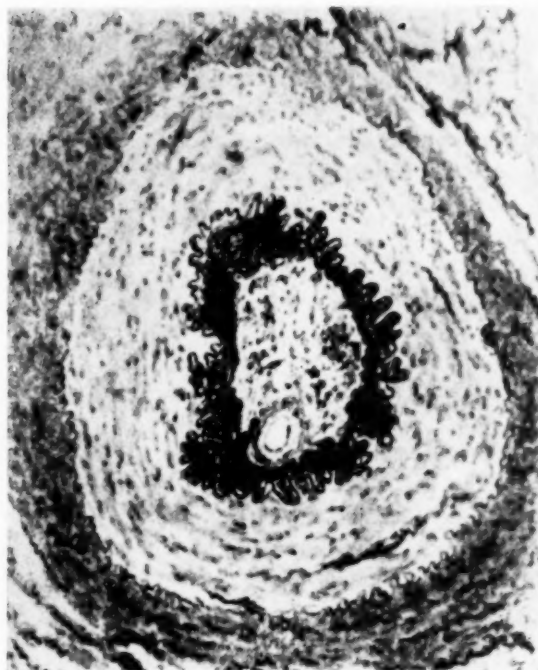


Fig. 1

Tromboangitis Obliterante antigua; Neovascularización del tejido cicatrizal. Venilla y arteriola desarrolladas en el curso de la organización del coágulo. (Enriquez)

presentan dolores, cianosis, o bien manchas rojas o resadas que en forma reversible vuelven a la normalidad salvo en el caso en que el mal continúe su curso, persistente, para producir como etapa final la gangrena.

Arteritis obliterante postinfecciosa: las arteritis agudas de los miembros con inflamación de las tunicas y muy especialmente de la endoarteria resultan ser frecuentemente una complicación a padecimientos infecciosos ya sea en el curso de la enfermedad o bien en la convalecencia. Anatomopatológicamente se caracterizan por la formación de placas gelatiniformes en la endoarteria, que posteriormente se descaman en algunos puntos provocando un acúmulo de leucocitos que invaden la endoarteria formándose un trombo de fibrina de color blanco que se prolonga hacia arriba y hacia abajo, que es cubierto secundariamente por un coágulo rojizo poco adherente y que llega hasta la primera colateral importante. La endoarteria está considerablemente engrosada. La túnica media está menos atacada, pero la membrana elástica se rompe en algunos puntos y aparecen capilares de nueva formación rodeando de leucocitos a las fibras elásticas y musculares. En la túnica externa las lesiones consisten en proliferación conjuntiva, con dilatación y endoarteritis de los vasos vasorum.

El cuadro sintomático se presenta en forma de dolor generalmente acompañado o precedido de fiebre que es el signo de la complicación vascular. Aparece con motivo de un movimiento brusco del miembro, siendo por ello intempestiva su instalación y de gran intensidad, al grado que hace simular una embolia, localizándose ordinariamente en el trayecto de un vaso grueso de los miembros. Inmediatamente la coloración de la piel se modifica y toma un tinte céreo.

Consecutivamente a la obliteración arterial aparece la isquemia y por ello los latidos arteriales son difícilmente encontrados, perdiéndose por completo debajo del punto trombosado, disminuyendo la temperatura del miembro en comparación con la del lado opuesto y estableciéndose consecutivamente la gangrena.

TRATAMIENTO COMUN PARA LAS ARTERITIS

Generalidades.—El tratamiento para los diferentes tipos de arteritis que hemos venido tratando, ha suscitado un sinnúmero de discusiones entre los diferentes autores, habiendo propuesto cada uno de ellos un

método, con el cual han asegurado poder llegar a la curación. Otros proponen la curación sintomática, es decir, quitan al enfermo las molestias por las cuales acuden a la clínica y esto es aparentemente lo más acertado pues solamente podría hacerse la terapéutica radical si se conociera la enfermedad en sus primeros estadios y si durante éstos pudiera conocerse la etiología o su diferenciación nosológica.

Podemos clasificar en dos grandes grupos los procedimientos terapéuticos que se han propuesto.

En primer término el tratamiento médico, el que desde épocas muy remotas aplicaron cuando aún las arteritis obliterantes no eran diferenciadas como se les conoce ahora. No obstante, en la actualidad se hacen nuevos descubrimientos medicamentosos que favorecen el alivio de este mal.

El segundo término tenemos el tratamiento quirúrgico que se ha venido practicando desde el principio de este siglo y que se ha ido modificando a medida que pasa el tiempo con objeto de hacer la intervención menos penosa para el enfermo, tanto en lo que se refiere a la desaparición de la sintomatología, como en la de conservar hasta donde sea posible la integridad del individuo.

TRATAMIENTO MEDICO

El tratamiento médico comprende un primer grupo higiénico dietético, un segundo grupo fisioterápico y un tercero y último, medicamentoso. El tratamiento higiénico es indispensable en estos padecimientos en los cuales los tejidos están desvitalizados pudiendo ser fácilmente atacados por los gérmenes y desarrollar grandes infecciones. Deberán también evitarse las fatigas y los traumatismos. Se proibirán los excitantes como el café, thé, tabaco, pues todos estos actúan sobre los centros vasomotores. Se evitará en la alimentación (ya que ha sido considerada como causa etiológica, las carnes en general). Los procedimientos fisioterápicos son varios: la gimnasia del o los miembros afectados. La práctica de duchas de aire y de los baños calientes no son recomendables por la maceración de los tejidos y la sedación del dolor es de corta duración. La diatermia usada correctamente es útil y en ocasiones logra conservar

presentan dolores, cianosis, o bien manchas rojas o resadas que en forma reversible vuelven a la normalidad salvo en el caso en que el mal continúe su curso, persistente, para producir como etapa final la gangrena.

Arteritis obliterante postinfecciosa: las arteritis agudas de los miembros con inflamación de las tunicas y muy especialmente de la endoarteria resultan ser frecuentemente una complicación a padecimientos infecciosos ya sea en el curso de la enfermedad o bien en la convalecencia. Anatomopatológicamente se caracterizan por la formación de placas gelatiniformes en la endoarteria, que posteriormente se descaman en algunos puntos provocando un acúmulo de leucocitos que invaden la endoarteria formándose un trombo de fibrina de color blanco que se prolonga hacia arriba y hacia abajo, que es cubierto secundariamente por un coágulo rojizo poco adherente y que llega hasta la primera colateral importante. La endoarteria está considerablemente engrosada. La túnica media está menos atacada, pero la membrana elástica se rompe en algunos puntos y aparecen capilares de nueva formación rodeando de leucocitos a las fibras elásticas y musculares. En la túnica externa las lesiones consisten en proliferación conjuntiva, con dilatación y endoarteritis de los vasos vasorum.

El cuadro sintomático se presenta en forma de dolor generalmente acompañado o precedido de fiebre que es el signo de la complicación vascular. Aparece con motivo de un movimiento brusco del miembro, siendo por ello intempestiva su instalación y de gran intensidad, al grado que hace simular una embolia, localizándose ordinariamente en el trayecto de un vaso grueso de los miembros. Inmediatamente la coloración de la piel se modifica y toma un tinte céreo.

Consecutivamente a la obliteración arterial aparece la isquemia y por ello los latidos arteriales son difícilmente encontrados, perdiéndose por completo debajo del punto trombosado, disminuyendo la temperatura del miembro en comparación con la del lado opuesto y estableciéndose consecutivamente la gangrena.

TRATAMIENTO COMUN PARA LAS ARTERITIS

Generalidades.—El tratamiento para los diferentes tipos de arteritis que hemos venido tratando, ha suscitado un sinnúmero de discusiones entre los diferentes autores, habiendo propuesto cada uno de ellos un

método, con el cual han asegurado poder llegar a la curación. Otros proponen la curación sintomática, es decir, quitan al enfermo las molestias por las cuales acuden a la clínica y esto es aparentemente lo más acertado pues solamente podría hacerse la terapéutica radical si se conociera la enfermedad en sus primeros estadios y si durante éstos pudiera conocerse la etiología o su diferenciación nosológica.

Podemos clasificar en dos grandes grupos los procedimientos terapéuticos que se han propuesto.

En primer término el tratamiento médico, el que desde épocas muy remotas aplicaron cuando aún las arteritis obliterantes no eran diferenciadas como se les conoce ahora. No obstante, en la actualidad se hacen nuevos descubrimientos medicamentosos que favorecen el alivio de este mal.

El segundo término tenemos el tratamiento quirúrgico que se ha venido practicando desde el principio de este siglo y que se ha ido modificando a medida que pasa el tiempo con objeto de hacer la intervención menos penosa para el enfermo, tanto en lo que se refiere a la desaparición de la sintomatología, como en la de conservar hasta donde sea posible la integridad del individuo.

TRATAMIENTO MEDICO

El tratamiento médico comprende un primer grupo higiénico dietético, un segundo grupo fisioterápico y un tercero y último, medicamentoso. El tratamiento higiénico es indispensable en estos padecimientos en los cuales los tejidos están desvitalizados pudiendo ser fácilmente atacados por los gérmenes y desarrollar grandes infecciones. Deberán también evitarse las fatigas y los traumatismos. Se proibirán los excitantes como el café, thé, tabaco, pues todos estos actúan sobre los centros vasomotores. Se evitará en la alimentación (ya que ha sido considerada como causa etiológica, las carnes en general). Los procedimientos fisioterápicos son varios: la gimnasia del o los miembros afectados. La práctica de duchas de aire y de los baños calientes no son recomendables por la maceración de los tejidos y la sedación del dolor es de corta duración. La diatermia usada correctamente es útil y en ocasiones logra conservar

la pulsatilidad en la proximidad de las regiones isquemiadas. La radioterapia los rayos ultravioletas e infrarrojos, aplicados sobre las regiones lumbares y sobre los segmentos de miembros enfermos no han dado un resultado constantemente favorable.

El tratamiento médico que se ha propuesto es a base de dilatadores y antiespasmódicos vasculares como la trinitrina, los nitritos y yoduros aceticolina, etc. etc.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Este tratamiento toma los lineamientos que señalan los diferentes grados de evolución de las arteritis, pues en algunos casos habrá que asociar a la intervención curativa a distancia, la intervención cruenta y mutiladora de la amputación segmentaria de los miembros atacados por la gangrena. El tratamiento conservador tiene por objeto evitar la progresión de la enfermedad así como la de evitar la sintomatología y muy especialmente el dolor; tiene varias modalidades, algunas de las cuales no mencionamos por estar en desuso. La primera de las intervenciones quirúrgicas que se practicaron para aumentar la afluencia sanguínea y para evitar el dolor en los miembros lesionados, fué la simpatectomía periarterial de Leriche, que consiste en la resección de un trayecto como de 10 cms. de extensión del plexo simpático que rodea a la arteria femoral, que es precisamente de donde parte la excitabilidad que produce la vasoconstricción, el dolor, los cambios de coloración la sudoración o la sequedad de la piel. Esta intervención practicada por primera vez entre nosotros por los médicos cirujanos Darío Fernández-Mariano Vázquez, etc., los cuales desde hace algún tiempo trabajan en la cirugía de los padecimientos vasculares; observaron que los resultados no eran siempre satisfactorios, pues el simpático de las colaterales seguía actuando en la patogénesis de los trastornos, por lo que los cirujanos antes mencionados llevaron a cabo la extirpación de troncos simpáticos más altos de donde parte la inervación para el miembro, practicando entonces la gangliectomía lumbar con extirpación de segundo, tercero y cuarto ganglios lumbares, según la técnica de Adson y Brown.

Esta intervención favoreció muchos de los casos en los cuales la simpatectomía peri-arterial no daba resultados positivos. No obstante



Fig. 2
Caso I.—Enfermedad de Buerger.



Fig. 3
Caso I.—Enfermedad de Buerger.



Fig. 4
Caso II.—Enfermedad de Buerger.

la pulsatilidad en la proximidad de las regiones isquemiadas. La radioterapia los rayos ultravioletas e infrarrojos, aplicados sobre las regiones lumbares y sobre los segmentos de miembros enfermos no han dado un resultado constantemente favorable.

El tratamiento médico que se ha propuesto es a base de dilatadores y antiespasmódicos vasculares como la trinitrina, los nitritos y yoduros aceticolina, etc. etc.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Este tratamiento toma los lineamientos que señalan los diferentes grados de evolución de las arteritis, pues en algunos casos habrá que asociar a la intervención curativa a distancia, la intervención cruenta y mutiladora de la amputación segmentaria de los miembros atacados por la gangrena. El tratamiento conservador tiene por objeto evitar la progresión de la enfermedad así como la de evitar la sintomatología y muy especialmente el dolor; tiene varias modalidades, algunas de las cuales no mencionamos por estar en desuso. La primera de las intervenciones quirúrgicas que se practicaron para aumentar la afluencia sanguínea y para evitar el dolor en los miembros lesionados, fué la simpatectomía periarterial de Leriche, que consiste en la resección de un trayecto como de 10 cms. de extensión del plexo simpático que rodea a la arteria femoral, que es precisamente de donde parte la excitabilidad que produce la vasoconstricción, el dolor, los cambios de coloración la sudoración o la sequedad de la piel. Esta intervención practicada por primera vez entre nosotros por los médicos cirujanos Darío Fernández-Mariano Vázquez, etc., los cuales desde hace algún tiempo trabajan en la cirugía de los padecimientos vasculares; observaron que los resultados no eran siempre satisfactorios, pues el simpático de las colaterales seguía actuando en la patogénesis de los trastornos, por lo que los cirujanos antes mencionados llevaron a cabo la extirpación de troncos simpáticos más altos de donde parte la inervación para el miembro, practicando entonces la gangliectomía lumbar con extirpación de segundo, tercero y cuarto ganglios lumbares, según la técnica de Adson y Brown.

Esta intervención favoreció muchos de los casos en los cuales la simpatectomía peri-arterial no daba resultados positivos. No obstante



Fig. 2
Caso I.—Enfermedad de Buerger.



Fig. 3
Caso I.—Enfermedad de Buerger.



Fig. 4
Caso II.—Enfermedad de Buerger.

restaban algunos casos de arteritis en los que no había mejoría por lo que nosotros nos propusimos como mencionamos al principio, realizar la suprarrenalectomía izquierda que ha sido practicada utilizando las técnicas de Leriche-Fontaine y la de Legueu-Fey, con las modificaciones recientes que hizo a ella el Dr. Levy Boladeres de la Habana.

CASUISTICA

Nuestra casuística constituida por ocho casos de Enfermedad de Buerquer, dos casos de enfermedad de Reynaud y cuatro casos de arteritis obliterante post-infecciosa fué sometida a las normas clínicas del interrogatorio semiológico y a la exploración física general y muy especialmente el estudio macroscópico de las lesiones algunas de las cuales se aprecian en las figuras 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8.

Se hizo sistemáticamente dentro del estudio especializado de los procedimientos vasculares las pruebas siguientes:

Angulo de isquemia provocada, ángulo de suficiente circulación, prueba de la hiperhemia reactiva, investigación de la temperatura, de la sensibilidad, de la consistencia de las paredes vasculares, pulso y presión arterial.

Se realizaron también, pruebas oscilométricas, capilaroscópicas e histamínicas.

El estudio radiológico se hizo en ocasiones por medio de la arteriografía y en otras por medio de radios simples. Los exámenes de laboratorio fueron los de rutina, habiendo dado particular importancia a las reacciones serológicas y a la dosificación de los elementos químicos de la sangre.

El conjunto de los datos recogidos por estos procedimientos fué cuidadosamente analizado tanto para establecer el diagnóstico diferencial exacto como para cuantificar el riesgo quirúrgico y prever los resultados de la intervención. En tales condiciones se descartan los pacientes que no entraban dentro de los padecimientos que hemos estudiado y en estas circunstancias nuestros enfermos, de los cuales casi en su mayoría habían sufrido ya la simpatectomía femoral y aún la gangliectomía lumbar, fueron sometidos a la suprarrenalectomía según la técnica descrita a continuación:



Fig. 5
Caso III.—Enfermedad de Raynaud.



Fig. 6
Caso III.—Enfermedad de Raynaud.



Fig. 7
Caso IV.—Enfermedad de Raynaud.

restaban algunos casos de arteritis en los que no había mejoría por lo que nosotros nos propusimos como mencionamos al principio, realizar la suprarrenalectomía izquierda que ha sido practicada utilizando las técnicas de Leriche-Fontaine y la de Legueu-Fey, con las modificaciones recientes que hizo a ella el Dr. Levy Boladeres de la Habana.

CASUISTICA

Nuestra casuística constituida por ocho casos de Enfermedad de Buerquer, dos casos de enfermedad de Reynaud y cuatro casos de arteritis obliterante post-infecciosa fué sometida a las normas clínicas del interrogatorio semiológico y a la exploración física general y muy especialmente el estudio macroscópico de las lesiones algunas de las cuales se aprecian en las figuras 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8.

Se hizo sistemáticamente dentro del estudio especializado de los procedimientos vasculares las pruebas siguientes:

Angulo de isquemia provocada, ángulo de suficiente circulación, prueba de la hiperhemia reactiva, investigación de la temperatura, de la sensibilidad, de la consistencia de las paredes vasculares, pulso y presión arterial.

Se realizaron también, pruebas oscilométricas, capilaroscópicas e histamínicas.

El estudio radiológico se hizo en ocasiones por medio de la arteriografía y en otras por medio de radios simples. Los exámenes de laboratorio fueron los de rutina, habiendo dado particular importancia a las reacciones serológicas y a la dosificación de los elementos químicos de la sangre.

El conjunto de los datos recogidos por estos procedimientos fué cuidadosamente analizado tanto para establecer el diagnóstico diferencial exacto como para cuantificar el riesgo quirúrgico y prever los resultados de la intervención. En tales condiciones se descartan los pacientes que no entraban dentro de los padecimientos que hemos estudiado y en estas circunstancias nuestros enfermos, de los cuales casi en su mayoría habían sufrido ya la simpatectomía femoral y aún la gangliectomía lumbar, fueron sometidos a la suprarrenalectomía según la técnica descrita a continuación:



Fig. 5
Caso III.—Enfermedad de Raynaud.



Fig. 6
Caso III.—Enfermedad de Raynaud.



Fig. 7
Caso IV.—Enfermedad de Raynaud.

INTERVENCION QUIRURGICA

Preoperatorio: siguió las normas clásicas de la técnica operatoria en general.

Anestesia: se practicó raquianalgnesia intradural utilizando 0.15 gms. de Novocaína disueltos en 3 c.c. de L. C. R., puncionando el 3er. espacio intervertebral lumbar.

Técnica quirúrgica: se realizó la técnica de Legueu-Fey con algunas modificaciones de Levy. Esta técnica puede ser descrita en la forma siguiente:

Posición del enfermo: semejante a la de la nefrectomía izquierda.

Puntos de referencia: undécima costilla. Espina iliaca anterosuperior.

Tiempos de la intervención:

1er. Tiempo: incisión de Legueu-Fey iniciándose en un punto situado en la unión del tercio anterior con el medio de la undécima costilla, para terminar a dos cms. por delante de la espina iliaca anterosuperior izquierda; esta incisión es curva ofreciendo una ligera concavidad hacia atrás. Comprenderá piel y tejido celular subcutáneo hasta llegar al músculo oblicuo mayor.

2o. Tiempo: sección del músculo oblicuo mayor siguiendo el trayecto de sus fibras.

3er. Tiempo: desperiostización y resección consecutiva del tercio o mitad anterior de la undécima costilla.

4o. Tiempo: sección de los músculos oblicuo menor y transversos siguiendo la línea de incisión. Descubrimiento del tejido celular subperitoneal, del peritoneo parietal posterior y rechazamiento del mismo descubriendo la celda renal.

5o. Tiempo: incisión sobre el borde convexo de la celda renal y de la atmósfera célula-grasosa perirrenal. Localización del polo superior del riñón y de la cápsula suprarrenal.

6o. Tiempo: disección de la cápsula por medio de la tijera de Dubois. Sección de nervios y de pedículos vasculares sin previa ligadura



Fig. 8
Caso V.—Gangrene Post-infecciosa.

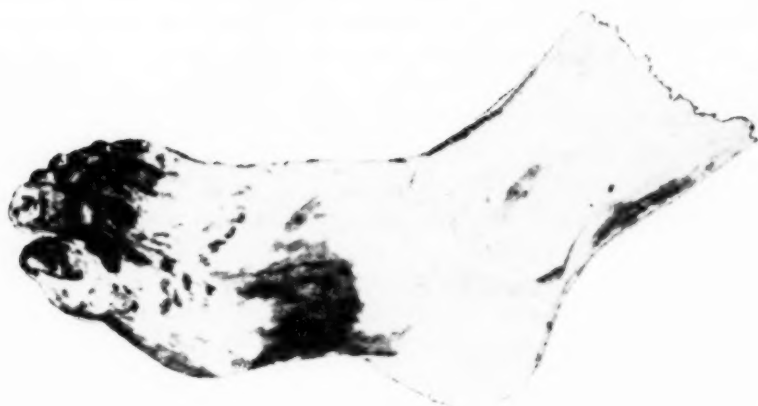


Fig. 9
Caso VI.—Gangrena Post-infecciosa.

INTERVENCION QUIRURGICA

Preoperatorio: siguió las normas clásicas de la técnica operatoria en general.

Anestesia: se practicó raquianalgnesia intradural utilizando 0.15 gms. de Novocaína disueltos en 3 c.c. de L. C. R., puncionando el 3er. espacio intervertebral lumbar.

Técnica quirúrgica: se realizó la técnica de Legueu-Fey con algunas modificaciones de Levy. Esta técnica puede ser descrita en la forma siguiente:

Posición del enfermo: semejante a la de la nefrectomía izquierda.

Puntos de referencia: undécima costilla. Espina iliaca anterosuperior.

Tiempos de la intervención:

1er. Tiempo: incisión de Legueu-Fey iniciándose en un punto situado en la unión del tercio anterior con el medio de la undécima costilla, para terminar a dos cms. por delante de la espina iliaca anterosuperior izquierda; esta incisión es curva ofreciendo una ligera concavidad hacia atrás. Comprenderá piel y tejido celular subcutáneo hasta llegar al músculo oblicuo mayor.

2o. Tiempo: sección del músculo oblicuo mayor siguiendo el trayecto de sus fibras.

3er. Tiempo: desperiostización y resección consecutiva del tercio o mitad anterior de la undécima costilla.

4o. Tiempo: sección de los músculos oblicuo menor y transversos siguiendo la línea de incisión. Descubrimiento del tejido celular subperitoneal, del peritoneo parietal posterior y rechazamiento del mismo descubriendo la celda renal.

5o. Tiempo: incisión sobre el borde convexo de la celda renal y de la atmósfera célula-grasosa perirrenal. Localización del polo superior del riñón y de la cápsula suprarrenal.

6o. Tiempo: disección de la cápsula por medio de la tijera de Dubois. Sección de nervios y de pedículos vasculares sin previa ligadura



Fig. 8
Caso V.—Gangrene Post-infecciosa.

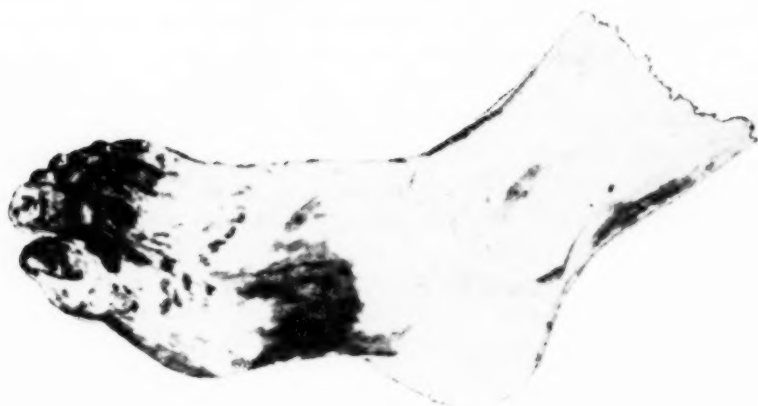


Fig. 9
Caso VI.—Gangrena Post-infecciosa.

siguiendo los bordes de la glándula y dejando para lo último la sección de la gran vena suprarrenal.

7o. Tiempo.— Reconstrucción de planos: puntos separados de la celda renal con catgut atraumático OO. Puntos en X, con catgut crómico núm. 3 a los músculos oblicuo menor y transverso. Puntos en X al músculo oblicuo mayor. Puntos de Zarnoff y Grapas a la piel.

RESULTADOS.

Los resultados obtenidos en nuestros enfermos se resumen en la forma siguiente:

Enfermedad de Buerger: de los ocho casos tratados se lograron buenos resultados en todos ellos; sin embargo, esta mejoría fué transitoria durando seis meses a un año por término medio y reinstalándose el cuadro patológico al cabo de este tiempo teniendo que ser tratado por intervenciones mutilantes.

Es decir, clínicamente lo observado fué lo siguiente: en las horas que siguieron a la intervención se logró la franca disminución del dolor y aumento de la temperatura local, al propio tiempo que se iniciaba una lenta mejoría de las lesiones continuada durante los días y semanas siguientes concomitante con un aumento de la circulación sanguínea comprobada mediante los test clínicos e instrumentales citados. En tales condiciones llegó un momento en que la deambulación se efectuó normalmente siendo dado de alta el enfermo; sin embargo como acabamos de decir este éxito fué sólo transitorio resolviéndose el problema a la larga por intervenciones mutilantes.

Enfermedad de Reynaud: en este padecimiento afortunadamente se obtuvieron mejorías estables y al parecer definitivas pues se sostienen hasta el momento actual, unos 5 años después de la intervención. Es decir, clínicamente ocurrió que a raíz de la operación nuestros dos enfermos dejaron de presentar el cuadro patológico que ya no reincidió más.

Arteritis obliterante postinfecciosa: en la serie de pacientes con esta afección pudimos ver resultados estables en todos ellos que persisten hasta el momento actual. Sin embargo, creemos que los buenos

resultados obtenidos se hubieran logrado también practicando cualquier variedad de simpatectomía, ya que con este tipo de intervenciones hemos logrado resultados semejantes en otra serie de casos no comprendidos en este estudio.

OBSERVACIONES.

En el curso de nuestros trabajos pudimos hacer las siguientes observaciones no señaladas por otros autores:

1.—Respecto a la incidencia de la Enfermedad de Buerger logramos concluir que este padecimiento en nuestro medio no es propio de la raza judía sino que se encuentra también en los diferentes elementos étnicos de nuestra población, en todas las clases sociales, pero especialmente en los indígenas y mestizos que constituyen la mayor parte de los enfermos hospitalizados sobre los que se realizó nuestro estudio.

2.—Respecto a la intervención quirúrgica pudimos observar lo siguiente:

a) La hemostasia de los vasos suprarrenales (arteria y venas) se hace espontáneamente facilitando extraordinariamente la operación.

b) La tensión arterial se modifica ampliamente al reseca la glándula suprarrenal, subiendo 40 ó 50 mm. la columna de mercurio, prolongándose ésta hipertensión de una a dos horas y no interfiriendo con el curso del acto quirúrgico.

La razón de ser de los fenómenos acabados de anotar, posiblemente se deba según creemos, a acciones determinadas por un súbito aumento de la adrenalina circulante debido a un desprendimiento masivo de la glándula suprarrenal intervenida, provocado por la acción excitadora de las maniobras de su disección. Lamentamos no haber contado con elementos adecuados para orientar una parte de nuestros trabajos de investigación al estudio de estos interesantes fenómenos.

CONCLUSIONES.

En resumen, después de haber elaborado nuestro trabajo llegamos a las siguientes conclusiones:

siguiendo los bordes de la glándula y dejando para lo último la sección de la gran vena suprarrenal.

7o. Tiempo.— Reconstrucción de planos: puntos separados de la celda renal con catgut atraumático OO. Puntos en X, con catgut crómico núm. 3 a los músculos oblicuo menor y transverso. Puntos en X al músculo oblicuo mayor. Puntos de Zarnoff y Grapas a la piel.

RESULTADOS.

Los resultados obtenidos en nuestros enfermos se resumen en la forma siguiente:

Enfermedad de Buerger: de los ocho casos tratados se lograron buenos resultados en todos ellos; sin embargo, esta mejoría fué transitoria durando seis meses a un año por término medio y reinstalándose el cuadro patológico al cabo de este tiempo teniendo que ser tratado por intervenciones mutilantes.

Es decir, clínicamente lo observado fué lo siguiente: en las horas que siguieron a la intervención se logró la franca disminución del dolor y aumento de la temperatura local, al propio tiempo que se iniciaba una lenta mejoría de las lesiones continuada durante los días y semanas siguientes concomitante con un aumento de la circulación sanguínea comprobada mediante los test clínicos e instrumentales citados. En tales condiciones llegó un momento en que la deambulación se efectuó normalmente siendo dado de alta el enfermo; sin embargo como acabamos de decir este éxito fué sólo transitorio resolviéndose el problema a la larga por intervenciones mutilantes.

Enfermedad de Reynaud: en este padecimiento afortunadamente se obtuvieron mejorías estables y al parecer definitivas pues se sostienen hasta el momento actual, unos 5 años después de la intervención. Es decir, clínicamente ocurrió que a raíz de la operación nuestros dos enfermos dejaron de presentar el cuadro patológico que ya no reincidió más.

Arteritis obliterante postinfecciosa: en la serie de pacientes con esta afección pudimos ver resultados estables en todos ellos que persisten hasta el momento actual. Sin embargo, creemos que los buenos

resultados obtenidos se hubieran logrado también practicando cualquier variedad de simpatectomía, ya que con este tipo de intervenciones hemos logrado resultados semejantes en otra serie de casos no comprendidos en este estudio.

OBSERVACIONES.

En el curso de nuestros trabajos pudimos hacer las siguientes observaciones no señaladas por otros autores:

1.—Respecto a la incidencia de la Enfermedad de Buerger logramos concluir que este padecimiento en nuestro medio no es propio de la raza judía sino que se encuentra también en los diferentes elementos étnicos de nuestra población, en todas las clases sociales, pero especialmente en los indígenas y mestizos que constituyen la mayor parte de los enfermos hospitalizados sobre los que se realizó nuestro estudio.

2.—Respecto a la intervención quirúrgica pudimos observar lo siguiente:

a) La hemostasia de los vasos suprarrenales (arteria y venas) se hace espontáneamente facilitando extraordinariamente la operación.

b) La tensión arterial se modifica ampliamente al reseca la glándula suprarrenal, subiendo 40 ó 50 mm. la columna de mercurio, prolongándose ésta hipertensión de una a dos horas y no interfiriendo con el curso del acto quirúrgico.

La razón de ser de los fenómenos acabados de anotar, posiblemente se deba según creemos, a acciones determinadas por un súbito aumento de la adrenalina circulante debido a un desprendimiento masivo de la glándula suprarrenal intervenida, provocado por la acción excitadora de las maniobras de su disección. Lamentamos no haber contado con elementos adecuados para orientar una parte de nuestros trabajos de investigación al estudio de estos interesantes fenómenos.

CONCLUSIONES.

En resumen, después de haber elaborado nuestro trabajo llegamos a las siguientes conclusiones:

1o.—La suprarrenalectomía está indicada dentro de las limitaciones citadas en las siguientes categorías de enfermos:

En todos los casos de Enfermedad de Reynaud.

En los casos de arteritis postinfecciosas en que hayan fracasado las intervenciones tipo simpatectomía.

Finalmente en aquellos casos de Enfermedad de Buerger en que hayan fracasado también el tipo de operaciones citadas. En estos enfermos al practicarse la intervención propuesta por nosotros deberá esperarse un resultado posiblemente aleatorio.

2o.—La mejor técnica de suprarrenalectomía es la extirpación de la glándula suprarrenal izquierda siguiendo la técnica de Legueu-Fev con las modificaciones de Levy Boladeres.

3o.—No estando completamente aclarado hasta el estado actual los fenómenos íntimos de la patogenia de las endoarteritis, nuestro tratamiento propuesto resulta ser hasta cierto punto empírico; sin embargo es indiscutible su gran utilidad si se practica con los lineamientos e indicaciones descritas, que por lo demás, debido a la reducida casuística con que se dispuso, deben ser consideradas de un valor relativo.

DISCUSION DEL TRATAMIENTO.

No cabe duda que la discusión es apasionante, son tantos los éxitos y tantos los fracasos a los que se expone el cirujano en el tratamiento de los padecimientos vasculares que su actuación tiene que ser cautelosa y no precipitarse, utilizando este o aquél método terapéutico que más le agrade, sino que es necesario tener en cuenta que los medios quirúrgicos no serán por sí solos, suficientes para el buen resultado, pues el éxito dependerá además de la utilización adecuada de algunos de los elementos médicos que ya hemos mencionado. No deberá dejarse pues sólo al sistema vascular para que reaccione por los tipos de simpatectomía o la suprarrenalectomía, ya que una vez que se hayan practicado ésta o aquellas habrá que sujetar al enfermo al régimen higiénico dietético especial, a las curas fisioterápicas e intensivamente a la medicación vasodilatadora, hasta lograr hacer que desaparezcan las molestias tanto objetivas como subjetivas del enfermo.

BIBLIOGRAFIA

- ADSON A. W.—Indications for operations on sympathetic nervous system. Jour. ame. med. ass. N. 1106 pág. 360-366. Feb. 1936.
- ALBANESE A. R.—Thromboangiitis obliterans, extirpation of adrenal capsule with Lumbar sympathectomy. Prensa Med. Argent. No. 30. Págs. 1932-1935, 1943.
- LANCKAERT AND NOWAN I.—Method for sympathetic ganglionectomy and maintenance of sympathetic innervation of suprarenals in dogs. Cmt. rend. soc de biol. No. 117 pág. 246-248. 1934.
- BARRAUD L.—Etude de la vasoconstriction produite par l'application locale de l'extrait aqueux de capsules surrenales. These de Lyon. 1896.
- BERGMAN A. RIKLES H.—Thromboangeitis in relation to Jews and racial question. Prensa Med. Argent. 22: 2179-2184. 1935.
- BEST AND TAYLOR.—Chapter XXVII. The control of the blood vessels. The Vasomotor mechanisms. Peripheral vascular disorders. 379-430.
Chapter XVIII Special features of circulation in different regions. The capillary circulation. 431-477.
Chapter LIX. The adrenal glands. 1099-1123. 1939.
- BOBBIO L.—Antes y Después de las operaciones quirúrgicas. 55-66; 88-94; 97-106. Ed. Madrid 1941.
- BROWN G. E.—Thromboangiitis obliterans. (Buerger's disease). Northwest, Med. No. 34. Pág. 463-466. Dic. 1935.
- CAHILL F. G., MEYER M. M. y HUGH D.—Tumores de la suprarrenal de tipo hormonal y no hormonal. Sur. Gyn and Obs. 74: 281-305. 1942.
- CECIL, RUSSEL L., A. B., M. D., Sc. D. A.—Textbook of Medicine W. B. Saunders Co. Philadelphia & London. 1944.
- CIMINATA A.—La gangrena spontanea degli arti. Relazione XXXVI Congreso di la Soc di Chir. Genova 1929.
- CLERC M. A. Y DESCHAMPS N.—Tratado de Patologia Médica. II: 1092-11226. 949-982. 1935.
- CORSO C.—Consideraciones su un caso di ipertensione arteriosa essenziale trattata con la resecciones del nervo splanco de sinistra. Vol LXIX. Fas. 6. Pág. 816-824. 1935.
- COSSIO P.—Aparato Circulatorio. L: 112-295. 3a. Ed. 1941.
- CRILE G.—Adrenal sympathetic system and its disease. J. M. Soc. New Jersey. No. 32 Pág. 367-368. Junio de 1935.
- CHRISTOPHER F.—A textbook of Surgery. Pages 196-203. 1943.
- DE COURCY J. L.—Suprarenalectomy technic. Ame. J. Surg. No. 30 Pág. 404-409. Dic. 1935.

1o.—La suprarrenalectomía está indicada dentro de las limitaciones citadas en las siguientes categorías de enfermos:

En todos los casos de Enfermedad de Reynaud.

En los casos de arteritis postinfecciosas en que hayan fracasado las intervenciones tipo simpatectomía.

Finalmente en aquellos casos de Enfermedad de Buerger en que hayan fracasado también el tipo de operaciones citadas. En estos enfermos al practicarse la intervención propuesta por nosotros deberá esperarse un resultado posiblemente aleatorio.

2o.—La mejor técnica de suprarrenalectomía es la extirpación de la glándula suprarrenal izquierda siguiendo la técnica de Legueu-Fev con las modificaciones de Levy Boladeres.

3o.—No estando completamente aclarado hasta el estado actual los fenómenos íntimos de la patogenia de las endoarteritis, nuestro tratamiento propuesto resulta ser hasta cierto punto empírico; sin embargo es indiscutible su gran utilidad si se practica con los lineamientos e indicaciones descritas, que por lo demás, debido a la reducida casuística con que se dispuso, deben ser consideradas de un valor relativo.

DISCUSION DEL TRATAMIENTO.

No cabe duda que la discusión es apasionante, son tantos los éxitos y tantos los fracasos a los que se expone el cirujano en el tratamiento de los padecimientos vasculares que su actuación tiene que ser cautelosa y no precipitarse, utilizando este o aquél método terapéutico que más le agrade, sino que es necesario tener en cuenta que los medios quirúrgicos no serán por sí solos, suficientes para el buen resultado, pues el éxito dependerá además de la utilización adecuada de algunos de los elementos médicos que ya hemos mencionado. No deberá dejarse pues sólo al sistema vascular para que reaccione por los tipos de simpatectomía o la suprarrenalectomía, ya que una vez que se hayan practicado ésta o aquellas habrá que sujetar al enfermo al régimen higiénico dietético especial, a las curas fisioterápicas e intensivamente a la medicación vasodilatadora, hasta lograr hacer que desaparezcan las molestias tanto objetivas como subjetivas del enfermo.

BIBLIOGRAFIA

- ADSON A. W.—Indications for operations on sympathetic nervous system. Jour. ame. med. ass. N. 1106 pág. 360-366. Feb. 1936.
- ALBANESE A. R.—Thromboangiitis obliterans, extirpation of adrenal capsule with Lumbar sympathectomy. Prensa Med. Argent. No. 30. Págs. 1932-1935, 1943.
- LANCKAERT AND NOWAN I.—Method for sympathetic ganglionectomy and maintenance of sympathetic innervation of suprarenals in dogs. Cmt. rend. soc de biol. No. 117 pág. 246-248. 1934.
- BARRAUD L.—Etude de la vasoconstriction produite par l'application locale de l'extrait aqueux de capsules surrenales. These de Lyon. 1896.
- BERGMAN A. RIKLES H.—Thromboangeitis in relation to Jews and racial question. Prensa Med. Argent. 22: 2179-2184. 1935.
- BEST AND TAYLOR.—Chapter XXVII. The control of the blood vessels. The Vasomotor mechanisms. Peripheral vascular disorders. 379-430.
Chapter XVIII Special features of circulation in different regions. The capillary circulation. 431-477.
Chapter LIX. The adrenal glands. 1099-1123. 1939.
- BOBBIO L.—Antes y Después de las operaciones quirúrgicas. 55-66; 88-94; 97-106. Ed. Madrid 1941.
- BROWN G. E.—Thromboangiitis obliterans. (Buerger's disease). Northwest, Med. No. 34. Pág. 463-466. Dic. 1935.
- CAHILL F. G., MEYER M. M. y HUGH D.—Tumores de la suprarrenal de tipo hormonal y no hormonal. Sur. Gyn and Obs. 74: 281-305. 1942.
- CECIL, RUSSEL L., A. B., M. D., Sc. D. A.—Textbook of Medicine W. B. Saunders Co. Philadelphia & London. 1944.
- CIMINATA A.—La gangrena spontanea degli arti. Relazione XXXVI Congreso di la Soc di Chir. Genova 1929.
- CLERC M. A. Y DESCHAMPS N.—Tratado de Patologia Médica. II: 1092-11226, 949-982. 1935.
- CORSO C.—Consideraciones su un caso di ipertensione arteriosa essenziale trattata con la resecciones del nervo splanco de sinistra. Vol LXIX. Fas. 6. Pág. 816-824. 1935.
- COSSIO P.—Aparato Circulatorio. L: 112-295. 3a. Ed. 1941.
- CRILE G.—Adrenal sympathetic system and its disease. J. M. Soc. New Jersey. No. 32 Pág. 367-368. Junio de 1935.
- CHRISTOPHER F.—A textbook of Surgery. Pages 196-203. 1943.
- DE COURCY J. L.—Suprarenalectomy technic. Ame. J. Surg. No. 30 Pág. 404-409. Dic. 1935.

- DIAZ C E.—Epinephrine in oil symptomatic treatment of allergic diseases. Rev. med. de Chile. No. 68. Pág. 930-931. 1945.
- DIEZ.—Anatomía Patológica de las arteritis obliterantes. La Pres. Med. Argen. 21-23. maggio 1934.
- DONATI M.—Arteriensektion kombiniert mit einseitiger nebbenierentfernungrg bei der therapie der endoarteritis obliterans der extremitäten. Schweizn med. wchnschir. No. 65: 61-65. 1935.
- EHRENSTEIN M.—Hormones of adrenals cortex. Am. J. Pharm No. 112. Pág. ... 1396-1397. 1939.
- ENRIQUEZ Y LAUBRY.—Tratado de Patología Médica Tomo III. Pág. 973-975. 1931.
- FATHERRCE T. J. AND ADSIN A. W.—Vasoconstrictor action of epinephrine on digital arterioles of man before and after simpathectomy (In Raynaud Disease). (Surgery No. 7. Pág. 75-190. 1940.
- FONSECA F.—Técnica de la Suprarrenalectomia Izquierda. Rev. Cirugia y Cirujanos Tomo XIV No. 1 Enero 1946.
- FONTAINE P.—Indications actuelles de la sympathectomie periarterielle, d'apres 546 operations. Comp. rend. aca. d. S. C. No. 200. Págs. 1156-1159. March. 1935.
- FORGUE E.—Manual de Patología Externa. Tomo I. Pág. 190-213. Ed. 10a. 1941.
- FRIEDLANDER M ANAD SILVER S. AND YASKEY S.—Toe lesions following tobacco injection in rats. In relation to etiology of thromboangiitis. Proc. Soc. exper biol. and med. N: 34 Págs. 156-157.
- GONZALEZ M. J.—Técnica y Educación Quirúrgica. 392-406. 2a. Ed. 1940.
- GRASSO R.—Sui posible duni locali delle iniezione di adrenalina e delle soluzione adrenalizzate (Contributo Clinico-sperimentale)4—Archivio Italiano di Chirurgia. Vol. XXXVII. Fasc. I. Pág. 1-44. 1935.
- HARRIS R. I.—Obliterative Vascular disease. Treatment by symphatectomy. Canad. M. A. J. 45: 529-533 1941.
- HENDERSON V. E.—Supra substances causing vasoconstriction. Anesthesiology 1: 323-340. Nov. 1940.
- HORSLEY Y BIGGER.—Cirugia Operatoria Vol. Pág. 1150-1175. Ulthea B. A. 1939.
- JEAUNEY, LAGARGUE AND DUBAURG.—Therapy of arteritis of extremities by suprarrenalectomy or Ponde operation (resection of great splanchnic Arch. franco-belgas de chir. No. 35. Pág. 180-186. 1936.
- KEEN W. W.—Cirugia Tomos I y V Salvat Edit. 1930.
- KROUGH A.—The anatomy and Physiology of capillaries. Págs. 209-241. 1936.
- LANDIS E. M.—Diseases of the peripheral vessels.

SUPRARRENALECTOMIA EN LOS PADECIMIENTOS ANGIOTRÓFICOS

- LERICHE.—Statistica di Brown. Surg. Gyn. a Obstr. Vol. LVIII u 2A. Febbraio 1934. Pág. 297. Basata su 1118 casi osservati nella Mayo Clinic (Bibliografia).
- LERICHE R.—Choice of method in surgical therapy of hypertension: combined operations (adrenalectomy, splanchnicectomy, thoracolumbar sympathectomy); experiences with 74 operations during 9 years. Arch. Med. Belges No. 95 Pág. 575-579. 1942.
- LERICHE.—Suprarrenalectomy as endocrine surgery in obliterating arteritis and hypertension. Bruxelles med. No. 16. Pág. 307-318. Dic. 29. 1935.
- LERICHE R.—Sur quelques rigtes generales de la chirurgie endocrinienne a propos de la chirurgie des surrenales Gaz de hop. No. 107. Pág. 1569-1603. 1934.
- LERICHE R.—Orientation Actuelle due traitement chirurgical des artéritis oblitérantes. Prat. Méd. Franc. 16. 503-512. Oct. 1935.
- LERICHE R.—De la chirurgie des surrenales en tan que chirurgie endocrinienne. Bruxelles. Med. 16. 307-318. Dec. 29-35.
- LEVY BOLADERES J.—Hipertensión Arterial. Su tratamiento quirúrgico. Bol. Men. del Hosp. de la Pol. Nal. No. 6. Págs. 110-119 Sep. 1942.
- LEVY BOLADERES J.—La suprarrenalectomia en el tratamiento de las endoarteritis oblitérantes. Arch. de la Soc. de Est. Clin. de la Habana. No. 5. Págs. 375-393. 1941.
- LEVY BOLADERES J.—Hipersuprarrenalismo medular y síndrome angiotrófico de las extremidades. Su tratamiento quirúrgico. Feb. 1944.
- LUGONES C.—Arteritis Oblitérantes. Rev. del Circ. Med. Argentino. No. 311. Págs. 1122-1160. 1927.
- MARANON Y MARTINEZ DIAZ.—Estudios de fisiopatología suprarrenal; diagnóstico precoz de la insuficiencia suprarrenal.
- MENESES HOYOS J.—Cardiología. 1a. Ed. Pág. 179-190, 274-276, 1939.
- NICOLA de C. P.—Adrenals Routes o facces. Bol. Col. Brasil Cirurgoes, No. 16. Pág. 183-194. 1941.
- NOBO GELATS P. y LEVY BOLADERES J.—De la gangliectomia simpática lumbar en el tratamiento de las úlceras crónicas, atónicas dolorosas de las piernas. Revista de Ciencias Médicas. Vol. II. No. 8. Oct.-Dic. 1939.
- ORDÓÑEZ ACUÑA A.—La suprarrenalectomia. Tesis Recepcional. U. N. M. 1945.
- PALMA E. C.—Lumbar sympathectomy in Buerger's disease Arch. Urug. de Med y Cir. No. 8. Pág. 97-108. 1936.
- PALMA R.—Contributo allo studio delle arteriti. Arch. Ital. di Chir. Vol. LXX, fas. 3. Pág. 1-427.
- PANSINI L.—La necrosis da adrenalina. Arch. Ital. de Chir. Pág. 1035-1038. 1933.
- PAULOCCHI R.—Endoarteriti oblitérante e surrenalectomia Boll e met. Soc. piemontese di Chir. No. 5. 187-197. 1935.

- DIAZ C E.—Epinephrine in oil symptomatic treatment of allergic diseases. Rev. med. de Chile. No. 68. Pág. 930-931. 1945.
- DIEZ.—Anatomía Patológica de las arteritis obliterantes. La Pres. Med. Argen. 21-23. maggio 1934.
- DONATI M.—Arteriensektion kombiniert mit einseitiger nebbenierentfernungrg bei der therapie der endoarteritis obliterans der extremitäten. Schweizn med. wchnschir. No. 65: 61-65. 1935.
- EHRENSTEIN M.—Hormones of adrenals cortex. Am. J. Pharm No. 112. Pág. ... 1396-1397. 1939.
- ENRIQUEZ Y LAUBRY.—Tratado de Patología Médica Tomo III. Pág. 973-975. 1931.
- FATHERRCE T. J. AND ADSIN A. W.—Vasoconstrictor action of epinephrine on digital arterioles of man before and after simpathectomy (In Raynaud Disease). (Surgery No. 7. Pág. 75-190. 1940.
- FONSECA F.—Técnica de la Suprarrenalectomia Izquierda. Rev. Cirugia y Cirujanos Tomo XIV No. 1 Enero 1946.
- FONTAINE P.—Indications actuelles de la sympathectomie periarterielle, d'apres 546 operations. Comp. rend. aca. d. S. C. No. 200. Págs. 1156-1159. March. 1935.
- FORGUE E.—Manual de Patología Externa. Tomo I. Pág. 190-213. Ed. 10a. 1941.
- FRIEDLANDER M ANAD SILVER S. AND YASKEY S.—Toe lesions following tobacco injection in rats. In relation to etiology of thromboangiitis. Proc. Soc. exper biol. and med. N: 34 Págs. 156-157.
- GONZALEZ M. J.—Técnica y Educación Quirúrgica. 392-406. 2a. Ed. 1940.
- GRASSO R.—Sui posible duni locali delle iniezione di adrenalina e delle soluzione adrenalizzate (Contributo Clinico-sperimentale)4—Archivio Italiano di Chirurgia. Vol. XXXVII. Fasc. I. Pág. 1-44. 1935.
- HARRIS R. I.—Obliterative Vascular disease. Treatment by symphatectomy. Canad. M. A. J. 45: 529-533 1941.
- HENDERSON V. E.—Supra substances causing vasoconstriction. Anesthesiology 1: 323-340. Nov. 1940.
- HORSLEY Y BIGGER.—Cirugia Operatoria Vol. Pág. 1150-1175. Ulthea B. A. 1939.
- JEAUNEY, LAGARGUE AND DUBAURG.—Therapy of arteritis of extremities by suprarrenalectomy or Ponde operation (resection of great splanchnic Arch. franco-belgas de chir. No. 35. Pág. 180-186. 1936.
- KEEN W. W.—Cirugia Tomos I y V Salvat Edit. 1930.
- KROUGH A.—The anatomy and Physiology of capillaries. Págs. 209-241. 1936.
- LANDIS E. M.—Diseases of the peripheral vessels.

SUPRARRENALECTOMIA EN LOS PADECIMIENTOS ANGIOTRÓFICOS

- LERICHE.—Statistica di Brown. Surg. Gyn. a Obstr. Vol. LVIII u 2A. Febbraio 1934. Pág. 297. Basata su 1118 casi osservati nella Mayo Clinic (Bibliografia).
- LERICHE R.—Choice of method in surgical therapy of hypertension: combined operations (adrenalectomy, splanchnicectomy, thoracolumbar sympathectomy); experiences with 74 operations during 9 years. Arch. Med. Belges No. 95 Pág. 575-579. 1942.
- LERICHE.—Suprarrenalectomy as endocrine surgery in obliterating arteritis and hypertension. Bruxelles med. No. 16. Pág. 307-318. Dic. 29. 1935.
- LERICHE R.—Sur quelques rigtes generales de la chirurgie endocrinienne a propos de la chirurgie des surrenales Gaz de hop. No. 107. Pág. 1569-1603. 1934.
- LERICHE R.—Orientation Actuelle due traitement chirurgical des artéritis oblitérantes. Prat. Méd. Franc. 16. 503-512. Oct. 1935.
- LERICHE R.—De la chirurgie des surrenales en tan que chirurgie endocrinienne. Bruxelles. Med. 16. 307-318. Dec. 29-35.
- LEVY BOLADERES J.—Hipertensión Arterial. Su tratamiento quirúrgico. Bol. Men. del Hosp. de la Pol. Nal. No. 6. Págs. 110-119 Sep. 1942.
- LEVY BOLADERES J.—La suprarrenalectomia en el tratamiento de las endoarteritis oblitérantes. Arch. de la Soc. de Est. Clin. de la Habana. No. 5. Págs. 375-393. 1941.
- LEVY BOLADERES J.—Hipersuprarrenalismo medular y síndrome angiotrófico de las extremidades. Su tratamiento quirúrgico. Feb. 1944.
- LUGONES C.—Arteritis Oblitérantes. Rev. del Circ. Med. Argentino. No. 311. Págs. 1122-1160. 1927.
- MARANON Y MARTINEZ DIAZ.—Estudios de fisiopatología suprarrenal; diagnóstico precoz de la insuficiencia suprarrenal.
- MENESES HOYOS J.—Cardiología. 1a. Ed. Pág. 179-190, 274-276, 1939.
- NICOLA de C. P.—Adrenals Routes o facces. Bol. Col. Brasil Cirurgoes, No. 16. Pág. 183-194. 1941.
- NOBO GELATS P. y LEVY BOLADERES J.—De la gangliectomia simpática lumbar en el tratamiento de las úlceras crónicas, atónicas dolorosas de las piernas. Revista de Ciencias Médicas. Vol. II. No. 8. Oct.-Dic. 1939.
- ORDÓÑEZ ACUÑA A.—La suprarrenalectomia. Tesis Recepcional. U. N. M. 1945.
- PALMA E. C.—Lumbar sympathectomy in Buerger's disease Arch. Urug. de Med y Cir. No. 8. Pág. 97-108. 1936.
- PALMA R.—Contributo allo studio delle arteriti. Arch. Ital. di Chir. Vol. LXX, fas. 3. Pág. 1-427.
- PANSINI L.—La necrosis da adrenalina. Arch. Ital. de Chir. Pág. 1035-1038. 1933.
- PAULOCCHI R.—Endoarteriti oblitérante e surrenalectomia Boll e met. Soc. piemontese di Chir. No. 5. 187-197. 1935.

- PENDE R.—Therapy of arteritis of extremities by Pende Operations (Resection of great esplanic). Arch. Franco-Belges de Chir. No. 35. 180-186. 1936.
- PENDE R.—Endocrinología. Vallardi edit. 1935.
- PICK W. J. AND BARRY J. A.—The renal vascular pedicle. The Journal of Urology. Vol. 44, No. 4. Pág. 411-432. 1940.
- PICKERING AND KISSIN.—Effects of adrenalind and of cold on blood pressure in hypertension. Clin. Sc. No. 1. Pág. 201-207. 1936.
- PUGLIESE A.—Fisiología. Tomo I. Págs. 303-305, 377-384. 3a. Ed. 1938.
- REGGI P. J.—Alteraciones de la circulación de los miembros. Rev. Med. Cien. 1941.
- RIVOIRE R.—La ciencia de las hormonas. Pág. 109-104. 2a. Ed. 1939.
- ROWNTREE L. G.—Disease of the suprarenal glands.
- SAMPEDRO J.—Prácticas de histología. Pág. 124-130. 1938.
- SWALE VICENT.—Internal secretion and ductless glands. 3a. Ed. 1924.
- SWINGLE AND PFIFFNER.—The cortycosterona. Ame. Jour of Physiol. Vol. XCVI Pág. 153. 1930.
- TESTUS Y JACOB.—Tratado de Anatomía Topográfica. Tomo II. Págs. 553-559. 1935.
- TESTUT Y LATARGET.—Tratado de Anatomía Humana. Tomo II. Págs. 170-173. Tomo III. Págs. 1115-1154. 8a. Ed. 1931.
- TABANELLI M.—Sui rapporti pro cellule argentaffine ed alcune glandule a secrezioni interna surrene a pancreas (Ricerche sperimentale). Arch. Ital. di Chir. Vol. LXI. Pág. 65-69. 1935.
- TOREK M.—Técnica Quirúrgica Pág. 6-62 1941 Tomo II Salvat Edit.
- TAKAMINE.—L'adrenaline. The therapeutical gazette. No. 15. 1909.
- VASCONCELOS RUBEN.—La capilaroscopia. Tesis Recepcional U. N. M. 1938.
- VAQUEZ E. GLEY P. et GOMEZ D. M.—Etude theorique et pratique de la mesure de la pression moyenne por la methodo oscillometrique. Pasteur Pag. 13120 1831.
- VAZQUEZ MARIANO.—Memoria de la 4a. asamblea de cirujanos.
- WRIGHT S.—Fisiología Especial. Pág. 404-428. 1941.

Biografía breve de un gran médico mexicano, el Dr.
Fernando López, Primer Director del Hospital
General de la Ciudad de México

Por el Dr. José Alcántara Herrera

El estudio de la Historia de la Medicina en México nos demuestra, sin duda alguna, que la época más brillante del progreso médico en nuestra Patria, corresponde al lapso de tiempo 1833-1911, es decir, desde la fundación de la Facultad Médica hasta la caída de la dictadura liberal del Gral. Díaz.

Si consideramos que no hay medicina sin médicos, como no hay Ciencia sin sabios, podemos juzgar del avance, estancamiento o retroceso de la Medicina, en un período considerado, por el estudio biográfico de los médicos que en él han actuado. Y a este respecto, el número y calidad de los próceres mexicanos de la Medicina, en el período señalado, son absolutamente probatorios de la tesis que enunció.

Ni en la prolongada época colonial, no obstante que fué de trascendencia lo que en ella se hizo; ni en los 38 años que han transcurrido desde 1911, con su enorme aumento de población, su más fácil intercambio con los pueblos civilizados, sus asombrosas novedades y su prodigiosa técnica, puede encontrarse algo parecido a esa pléyade de insignes médicos que brillaron en la época citada. Basta dar la lista para convencerse, aunque no sea completa, Pedro Escobedo, Matías Béistigui, Casimiro Liceaga, Manuel Carpio, Ignacio Durán, Miguel F. Jiménez; Luis Hidalgo Carpio, José María Barceló, Leonardo Oliva, Lauro M. Jiménez, Luis G. Muñoz, Aniceto y Francisco Ortega, Angel Iglesias, Ladislao de la Pascua, José G. Lobato, Leopoldo Río de la Loza, José María Vértiz,

- PENDE R.—Therapy of arteritis of extremities by Pende Operations (Resection of great esplanic). Arch. Franco-Belges de Chir. No. 35. 180-186. 1936.
- PENDE R.—Endocrinología. Vallardi edit. 1935.
- PICK W. J. AND BARRY J. A.—The renal vascular pedicle. The Journal of Urology. Vol. 44, No. 4. Pág. 411-432. 1940.
- PICKERING AND KISSIN.—Effects of adrenalind and of cold on blood pressure in hypertension. Clin. Sc. No. 1. Pág. 201-207. 1936.
- PUGLIESE A.—Fisiología. Tomo I. Págs. 303-305, 377-384. 3a. Ed. 1938.
- REGGI P. J.—Alteraciones de la circulación de los miembros. Rev. Med. Cien. 1941.
- RIVOIRE R.—La ciencia de las hormonas. Pág. 109-104. 2a. Ed. 1939.
- ROWNTREE L. G.—Disease of the suprarenal glands.
- SAMPEDRO J.—Prácticas de histología. Pág. 124-130. 1938.
- SWALE VICENT.—Internal secretion and ductless glands. 3a. Ed. 1924.
- SWINGLE AND PFIFFNER.—The cortycosterona. Ame. Jour of Physiol. Vol. XCVI Pág. 153. 1930.
- TESTUS Y JACOB.—Tratado de Anatomía Topográfica. Tomo II. Págs. 553-559. 1935.
- TESTUT Y LATARGET.—Tratado de Anatomía Humana. Tomo II. Págs. 170-173. Tomo III. Págs. 1115-1154. 8a. Ed. 1931.
- TABANELLI M.—Sui rapporti pro cellule argentaffine ed alcune glandule a secrezioni interna surrene a pancreas (Ricerche sperimentale). Arch. Ital. di Chir. Vol. LXI. Pág. 65-69. 1935.
- TOREK M.—Técnica Quirúrgica Pág. 6-62 1941 Tomo II Salvat Edit.
- TAKAMINE.—L'adrenaline. The therapeutical gazette. No. 15. 1909.
- VASCONCELOS RUBEN.—La capilaroscopia. Tesis Recepcional U. N. M. 1938.
- VAQUEZ E. GLEY P. et GOMEZ D. M.—Etude theorique et pratique de la mesure de la pression moyenne por la methodo oscillometrique. Pasteur Pag. 13120 1831.
- VAZQUEZ MARIANO.—Memoria de la 4a. asamblea de cirujanos.
- WRIGHT S.—Fisiología Especial. Pág. 404-428. 1941.

Biografía breve de un gran médico mexicano, el Dr.
Fernando López, Primer Director del Hospital
General de la Ciudad de México

Por el Dr. José Alcántara Herrera

El estudio de la Historia de la Medicina en México nos demuestra, sin duda alguna, que la época más brillante del progreso médico en nuestra Patria, corresponde al lapso de tiempo 1833-1911, es decir, desde la fundación de la Facultad Médica hasta la caída de la dictadura liberal del Gral. Díaz.

Si consideramos que no hay medicina sin médicos, como no hay Ciencia sin sabios, podemos juzgar del avance, estancamiento o retroceso de la Medicina, en un período considerado, por el estudio biográfico de los médicos que en él han actuado. Y a este respecto, el número y calidad de los próceres mexicanos de la Medicina, en el período señalado, son absolutamente probatorios de la tesis que enunció.

Ni en la prolongada época colonial, no obstante que fué de trascendencia lo que en ella se hizo; ni en los 38 años que han transcurrido desde 1911, con su enorme aumento de población, su más fácil intercambio con los pueblos civilizados, sus asombrosas novedades y su prodigiosa técnica, puede encontrarse algo parecido a esa pléyade de insignes médicos que brillaron en la época citada. Basta dar la lista para convencerse, aunque no sea completa, Pedro Escobedo, Matías Béistigui, Casimiro Liceaga, Manuel Carpio, Ignacio Durán, Miguel F. Jiménez; Luis Hidalgo Carpio, José María Barceló, Leonardo Oliva, Lauro M. Jiménez, Luis G. Muñoz, Aniceto y Francisco Ortega, Angel Iglesias, Ladislao de la Pascua, José G. Lobato, Leopoldo Río de la Loza, José María Vértiz,

José Eleuterio González, Rafael Lucio, Agustín Andrade, Juan María Rodríguez, Dolores Román Téllez, Ricardo Vértiz, Francisco Montes de Oca, Secundino Sosa, Fernando Altamirano, Rafael Lavista, Manuel Carmona y Valle, Francisco de P. Chacón, Ignacio Alvarado, Francisco de Paula Marín, Roberto Jofré, Tobías Núñez, Manuel Domínguez, Tomás Noriega, José María Bandera, José Ramos, Lorenzo Chávez, Rafael Caraza, Demetrio Mejía, Ramón Macías, Eduardo Liceaga, Manuel Gutiérrez Zavala, Nicolás San Juan, José Ramón Icaza, Miguel Otero, Luis E. Ruiz, Ignacio Capetillo, Ángel Gaviño, Juan Duque de Estrada, Ricardo Suárez Gamboa, José Terrés, Manuel Toussaint, Manuel S. Soriano, Fernando Zárraga, Enrique L. Abogado y Adrián de Garay.

Algunos de estos eminentes médicos murieron con bastante posterioridad a 1711; pero lo principal de su obra lo realizaron antes de ese año, que marca el ocaso del progreso médico, por lo menos durante una década.

A esta insuperable lista, deben añadirse los nombres ilustres de algunos médicos extranjeros que dieron mucho brillo a la Medicina en México, en la época a que me refiero, como Pedro Van Der Linden, Pablo Martínez del Río, Julio Clément, Ricardo Egea y Galindo, Ladislao de Belina, Alfred Dugès, Federico Semeleder, Gustavo Pagenstecher y Joseph Girard.

Creo difícil que en el futuro se forme en nuestra Patria, otra constelación de astros médicos igual a ésta, en tan corto tiempo. Son estrellas de primera y segunda magnitud, a las que pueden añadirse otras y difícilmente suprimirse algunas, si se consideran los diversos puntos de vista del progreso médico: innovaciones, magisterio, organización, fundaciones, periodismo, etc.

A esta pléyade de astros pertenece Fernando López y Sánchez Román que nació en la población de Tlaltenango, denominada también, Ciudad Sánchez Román (Edo. de Zacatecas), el 5 de noviembre de 1854, hijo legítimo de Dn. Mariano López y de Dña. Francisca Sánchez Román. Siendo muy niño, quedó huérfano de padre y pasó a la ciudad de Zacatecas en donde hizo los estudios primarios en un colegio particular y los de preparatoria en el Instituto Literario, establecimiento oficial.

BIOGRAFÍA BREVE

En 1873 se trasladó a la Capital para estudiar Medicina, en la Escuela Nacional, en donde hizo su carrera de médico de 1874 a 1878 inclusive, siendo su dedicación ejemplar y obteniendo cuatro diplomas premiando su aplicación y saber. Su brillante examen profesional se verificó los días 24 y 25 de enero de 1879, habiendo presentado como tesis un estudio titulado, "Apuntes sobre electrización cutánea", expidiéndosele su título de médico cirujano con fecha 18 de junio de 1879.

Hizo estudios en la Escuela Práctica Médico Militar, en donde tuvo como maestro de Cirugía al ilustre Dn. Francisco Montes de Oca.

Siendo estudiante se le expidió diploma como miembro de la Sociedad Filoiátrica y de Beneficencia de los Estudiantes de la Escuela N. de Medicina, con fecha 12 de septiembre de 1874 y diploma como miembro titular de la Asociación Médico-Quirúrgica Larrey, en mayo de 1876. Se le admitió como alumno meritorio del Hospital Militar el 11 de noviembre de 1874, designándosele alumno meritorio del Cuerpo Médico Militar, con fecha 16 de marzo de 1876 y Aspirante del mismo, el 15 de abril de 1878. El 27 de abril de este año se le nombró Ayudante de la Cátedra de Medicina Operatoria, en la Escuela Nacional de Medicina. La Beneficencia Pública le nombra Practicante Numerario del Hospital Juárez, el 3 de agosto de 1877 y Practicante del Hospital de Maternidad, el 2 de marzo de 1878.

Ya médico, su actividad le hizo aceptar numerosos cargos: Médico del Ejército, el 25 de febrero de 1879.

Profesor del Hospital Militar, Julio 30 de 1880.

Catedrático de la Escuela Práctica Médico-Militar, octubre 13 de 1880, en la cual funda la cátedra de Cirugía de Urgencia (1881). Esta Escuela se inauguró hasta enero de 1881.

El Ministerio de Justicia e Instrucción Pública le designa Ayudante Repetidor y Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Medicina Operatoria, en la Escuela No. de Medicina con fecha 6 de agosto de 1881 empleo que desempeñó por muchos años.

El primero de noviembre de 1882 recibió del Gobierno la comisión de ir a Europa para perfeccionarse en cirugía general y hacer estudios especiales de Oftalmología, habiendo sido discípulo de los célebres of-

José Eleuterio González, Rafael Lucio, Agustín Andrade, Juan María Rodríguez, Dolores Román Téllez, Ricardo Vértiz, Francisco Montes de Oca, Secundino Sosa, Fernando Altamirano, Rafael Lavista, Manuel Carmona y Valle, Francisco de P. Chacón, Ignacio Alvarado, Francisco de Paula Marín, Roberto Jofré, Tobías Núñez, Manuel Domínguez, Tomás Noriega, José María Bandera, José Ramos, Lorenzo Chávez, Rafael Caraza, Demetrio Mejía, Ramón Macías, Eduardo Liceaga, Manuel Gutiérrez Zavala, Nicolás San Juan, José Ramón Icaza, Miguel Otero, Luis E. Ruiz, Ignacio Capetillo, Ángel Gaviño, Juan Duque de Estrada, Ricardo Suárez Gamboa, José Terrés, Manuel Toussaint, Manuel S. Soriano, Fernando Zárraga, Enrique L. Abogado y Adrián de Garay.

Algunos de estos eminentes médicos murieron con bastante posterioridad a 1711; pero lo principal de su obra lo realizaron antes de ese año, que marca el ocaso del progreso médico, por lo menos durante una década.

A esta insuperable lista, deben añadirse los nombres ilustres de algunos médicos extranjeros que dieron mucho brillo a la Medicina en México, en la época a que me refiero, como Pedro Van Der Linden, Pablo Martínez del Río, Julio Clément, Ricardo Egea y Galindo, Ladislao de Belina, Alfred Dugès, Federico Semeleder, Gustavo Pagenstecher y Joseph Girard.

Creo difícil que en el futuro se forme en nuestra Patria, otra constelación de astros médicos igual a ésta, en tan corto tiempo. Son estrellas de primera y segunda magnitud, a las que pueden añadirse otras y difícilmente suprimirse algunas, si se consideran los diversos puntos de vista del progreso médico: innovaciones, magisterio, organización, fundaciones, periodismo, etc.

A esta pléyade de astros pertenece Fernando López y Sánchez Román que nació en la población de Tlaltenango, denominada también, Ciudad Sánchez Román (Edo. de Zacatecas), el 5 de noviembre de 1854, hijo legítimo de Dn. Mariano López y de Dña. Francisca Sánchez Román. Siendo muy niño, quedó huérfano de padre y pasó a la ciudad de Zacatecas en donde hizo los estudios primarios en un colegio particular y los de preparatoria en el Instituto Literario, establecimiento oficial.

BIOGRAFÍA BREVE

En 1873 se trasladó a la Capital para estudiar Medicina, en la Escuela Nacional, en donde hizo su carrera de médico de 1874 a 1878 inclusive, siendo su dedicación ejemplar y obteniendo cuatro diplomas premiando su aplicación y saber. Su brillante examen profesional se verificó los días 24 y 25 de enero de 1879, habiendo presentado como tesis un estudio titulado, "Apuntes sobre electrización cutánea", expidiéndosele su título de médico cirujano con fecha 18 de junio de 1879.

Hizo estudios en la Escuela Práctica Médico Militar, en donde tuvo como maestro de Cirugía al ilustre Dn. Francisco Montes de Oca.

Siendo estudiante se le expidió diploma como miembro de la Sociedad Filoiátrica y de Beneficencia de los Estudiantes de la Escuela N. de Medicina, con fecha 12 de septiembre de 1874 y diploma como miembro titular de la Asociación Médico-Quirúrgica Larrey, en mayo de 1876. Se le admitió como alumno meritorio del Hospital Militar el 11 de noviembre de 1874, designándosele alumno meritorio del Cuerpo Médico Militar, con fecha 16 de marzo de 1876 y Aspirante del mismo, el 15 de abril de 1878. El 27 de abril de este año se le nombró Ayudante de la Cátedra de Medicina Operatoria, en la Escuela Nacional de Medicina. La Beneficencia Pública le nombra Practicante Numerario del Hospital Juárez, el 3 de agosto de 1877 y Practicante del Hospital de Maternidad, el 2 de marzo de 1878.

Ya médico, su actividad le hizo aceptar numerosos cargos: Médico del Ejército, el 25 de febrero de 1879.

Profesor del Hospital Militar, Julio 30 de 1880.

Catedrático de la Escuela Práctica Médico-Militar, octubre 13 de 1880, en la cual funda la cátedra de Cirugía de Urgencia (1881). Esta Escuela se inauguró hasta enero de 1881.

El Ministerio de Justicia e Instrucción Pública le designa Ayudante Repetidor y Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Medicina Operatoria, en la Escuela No. de Medicina con fecha 6 de agosto de 1881 empleo que desempeñó por muchos años.

El primero de noviembre de 1882 recibió del Gobierno la comisión de ir a Europa para perfeccionarse en cirugía general y hacer estudios especiales de Oftalmología, habiendo sido discípulo de los célebres of-

talmólogos, Louis de Wecker, Edmond Landolt y F. de Lapersonne. Al regresar a México trajo, como novedad, apósitos de Leister, en paquetes grandes e individuales para uso del Ejército.

Pocos años después de recibirse de médico, en 1883, concibió la idea y la realizó de hacer una pequeña pero importante modificación a la pinza común, para facilitar la ligadura de las arterias profundas.

La Oftalmología fué su verdadera especialidad habiendo sido uno de los mejores oftalmólogos de México, formando escuela y destacándose entre sus discípulos, los Drs. Daniel M. Vélez y Rafael Silva. En 1886 fundó una Clínica de Oftalmología en el Hospital Militar; en 1892 dió a conocer un nuevo procedimiento de blefaroplastia y en 1901 realizó por primera vez en México la enucleación ocular con anestesia cocainica. Ejecutaba con maestría la operación de la catarata y en algunos casos la extirpación de la misma en su cápsula; era muy hábil en la corrección del estrabismo, según los métodos de un notable oculista inglés; inventó un aparato para distinguir la ceguera verdadera de la simulada y un procedimiento para la curación del terigión y obtuvo éxitos resonantes en la trepanación para el tratamiento del glaucoma; el lavado pre-operatorio de los ojos lo hacía según sus propios métodos habiendo sido el primero entre nosotros que usó la asepsia en Oculística. En la ciudad de Nogales (Son.) practicó un sinnúmero de operaciones de tracoma de tal manera eficaces, que los médicos yankis declararon la completa curación de dichos enfermos y autorizaron su paso por la frontera norteamericana. El 2 de julio de 1890 fué nombrado Profesor Interino de Oftalmología, en la Escuela Nacional de Medicina, durante la licencia concedida al notable oculista, José Ramos.

Hacia 1887, dándose cuenta de los perjuicios que ocasionaba en los tejidos la antisepsia, se propuso estudiar la verdadera asepsia eliminando los agentes químicos y practicando con positivo éxito toda clase de operaciones en cirugía general y sobre todo, en su especialidad, la Oculística. En 1889 realizó, con notable éxito dos grandes intervenciones quirúrgicas: la desarticulación de cadera, por fractura expuesta del fémur junto a la articulación de la cadera, logrando la cicatrización por primera intención, apenas creíble, dadas las pésimas condiciones de la lesión infectada. Se trató de un marino que en el Puerto de Veracruz

BIOGRAFÍA BREVE

cayó en lo alto de un palo sobre una chimenea, practicándosele allá las primeras curaciones y después de algunos días se le trasladó al Hospital Militar de la capital, en donde lo operó con asombroso éxito el Dr. López.

La otra operación la realizó en un señor Almanza, de Zacatecas, de avanzada edad (65 a 70 años), que vino a la capital gravemente enfermo y consultó con el Dr. López, que descubrió una litiasis vesical, con grandes cálculos que le obligaron a hacer la talla hipogástrica, que resultó un gran éxito.

El Ministerio de Justicia e Instrucción Pública le nombró Vocal Suplente de la Junta de Vigilancia de Cárceles, de la capital, el 16 de enero de 1890.

El 28 de julio de 1891 fué nombrado Vocal Militar del Consejo Superior de Salubridad, puesto que desempeñó muchos años y en el que realizó meritoria labor.- Como Vocal del Consejo Superior de Salubridad tuvo a su cargo el Instituto Antirrábico y el Departamento de Desinfección, implantando por primera vez en México la desinsectización, empleando para ello el eficiente y peligroso ácido cianhídrico.

El 10 de diciembre de 1891 fué designado Coronel Subdirector del Hospital Militar y Coronel Director del mismo establecimiento el 3 de mayo de 1894, permaneciendo en este puesto hasta el 3 de marzo de 1905 en que se le nombró Coronel Retirado por más de 25 años de servicios en el Ejército. Fueron muy importantes sus gestiones en el Hospital Militar, tanto de orden material como científico, destacándose la fundación de una Escuela de Enfermeras, muy bien organizada, con plan de estudios muy formal, impartiendo la enseñanza gratuita los principales médicos del Hospital.

El 10 de enero de 1891 los médicos del Hospital Juárez dirigieron al Dr. López un memorial de agradecimiento, porque habiendo sido nombrado director de ese Hospital no quiso aceptar tan honroso nombramiento, que consideró contrario al Reglamento del Hospital y lesivo de la dignidad del Cuerpo Médico del establecimiento. Entre los que firman el Memorial se encuentran los estocados médicos: Manuel S. Soriano, Fernando Zárraga, Luis E. Ruiz, Porfirio Parra, Adrián de Garay, etc.

talmólogos, Louis de Wecker, Edmond Landolt y F. de Lapersonne. Al regresar a México trajo, como novedad, apósitos de Leister, en paquetes grandes e individuales para uso del Ejército.

Pocos años después de recibirse de médico, en 1883, concibió la idea y la realizó de hacer una pequeña pero importante modificación a la pinza común, para facilitar la ligadura de las arterias profundas.

La Oftalmología fué su verdadera especialidad habiendo sido uno de los mejores oftalmólogos de México, formando escuela y destacándose entre sus discípulos, los Drs. Daniel M. Vélez y Rafael Silva. En 1886 fundó una Clínica de Oftalmología en el Hospital Militar; en 1892 dió a conocer un nuevo procedimiento de blefaroplastia y en 1901 realizó por primera vez en México la enucleación ocular con anestesia cocainica. Ejecutaba con maestría la operación de la catarata y en algunos casos la extirpación de la misma en su cápsula; era muy hábil en la corrección del estrabismo, según los métodos de un notable oculista inglés; inventó un aparato para distinguir la ceguera verdadera de la simulada y un procedimiento para la curación del terigión y obtuvo éxitos resonantes en la trepanación para el tratamiento del glaucoma; el lavado pre-operatorio de los ojos lo hacía según sus propios métodos habiendo sido el primero entre nosotros que usó la asepsia en Oculística. En la ciudad de Nogales (Son.) practicó un sinnúmero de operaciones de tracoma de tal manera eficaces, que los médicos yankis declararon la completa curación de dichos enfermos y autorizaron su paso por la frontera norteamericana. El 2 de julio de 1890 fué nombrado Profesor Interino de Oftalmología, en la Escuela Nacional de Medicina, durante la licencia concedida al notable oculista, José Ramos.

Hacia 1887, dándose cuenta de los perjuicios que ocasionaba en los tejidos la antisepsia, se propuso estudiar la verdadera asepsia eliminando los agentes químicos y practicando con positivo éxito toda clase de operaciones en cirugía general y sobre todo, en su especialidad, la Oculística. En 1889 realizó, con notable éxito dos grandes intervenciones quirúrgicas: la desarticulación de cadera, por fractura expuesta del fémur junto a la articulación de la cadera, logrando la cicatrización por primera intención, apenas creíble, dadas las pésimas condiciones de la lesión infectada. Se trató de un marino que en el Puerto de Veracruz

BIOGRAFÍA BREVE

cayó en lo alto de un palo sobre una chimenea, practicándosele allá las primeras curaciones y después de algunos días se le trasladó al Hospital Militar de la capital, en donde lo operó con asombroso éxito el Dr. López.

La otra operación la realizó en un señor Almanza, de Zacatecas, de avanzada edad (65 a 70 años), que vino a la capital gravemente enfermo y consultó con el Dr. López, que descubrió una litiasis vesical, con grandes cálculos que le obligaron a hacer la talla hipogástrica, que resultó un gran éxito.

El Ministerio de Justicia e Instrucción Pública le nombró Vocal Suplente de la Junta de Vigilancia de Cárceles, de la capital, el 16 de enero de 1890.

El 28 de julio de 1891 fué nombrado Vocal Militar del Consejo Superior de Salubridad, puesto que desempeñó muchos años y en el que realizó meritoria labor.- Como Vocal del Consejo Superior de Salubridad tuvo a su cargo el Instituto Antirrábico y el Departamento de Desinfección, implantando por primera vez en México la desinsectización, empleando para ello el eficiente y peligroso ácido cianhídrico.

El 10 de diciembre de 1891 fué designado Coronel Subdirector del Hospital Militar y Coronel Director del mismo establecimiento el 3 de mayo de 1894, permaneciendo en este puesto hasta el 3 de marzo de 1905 en que se le nombró Coronel Retirado por más de 25 años de servicios en el Ejército. Fueron muy importantes sus gestiones en el Hospital Militar, tanto de orden material como científico, destacándose la fundación de una Escuela de Enfermeras, muy bien organizada, con plan de estudios muy formal, impartiendo la enseñanza gratuita los principales médicos del Hospital.

El 10 de enero de 1891 los médicos del Hospital Juárez dirigieron al Dr. López un memorial de agradecimiento, porque habiendo sido nombrado director de ese Hospital no quiso aceptar tan honroso nombramiento, que consideró contrario al Reglamento del Hospital y lesivo de la dignidad del Cuerpo Médico del establecimiento. Entre los que firman el Memorial se encuentran los estocados médicos: Manuel S. Soriano, Fernando Zárraga, Luis E. Ruiz, Porfirio Parra, Adrián de Garay, etc.

En 1893 dió a conocer su original procedimiento de desarticulación del hombro. Este asunto sirvió de motivo para hacer su tesis doctoral (1893, E. N. de M.) al pasante Federico Carranza.

Fué miembro de la Academia N. de Medicina; pero se separó de dicha Corporación, la cuál aceptó su renuncia con fecha 13 de mayo de 1895.

El 16 de septiembre de 1897, el Departamento de Guerra de los Estados Unidos le comunicó que había sido nombrado Miembro de la Asociación de Médicos Militares de ese país.

En Febrero de 1898, el Ministerio de Justicia e Instrucción Pública le designó miembro de la Comisión que, presidida por el Dr. Eduardo Liceaga, representó a México en el IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía, reunido en Madrid en abril del mismo año.

La prestigiada Sociedad Científica Antonio Alzate, le nombró Socio Honorario, el 1o. de julio de 1898.

S. M. Dn. Alfonso XIII y la Reina Regente de España, le enviaron un Oficio-Diploma, nombrándole Caballero de la Orden del Mérito Militar, el 3 de noviembre de 1899.

En noviembre de 1899, la Institución de la Cruz Roja, le entrega un Diploma concediéndole la Medalla de Oro de Primera Clase por servicios prestados a la Institución.

Fué designado Miembro de la American Public Health Association, el 25 de septiembre de 1901 y en alguna de sus reuniones se le nombró Vicepresidente.

Fué el primero en México que observó la iniciativa de las soluciones de cocaína cuando se hervían por transformarse en tropococaína; y para evitar este grave inconveniente "tyndallizaba" las soluciones (1901).

El Dr. López fué el primer director del Hospital General de la Capital, que se inauguró el 5 de febrero de 1905, habiéndole sido expedido su nombramiento con fecha 17 de enero del mismo año. La reglamentación de este Hospital hecha por el Dr. López, fué tan notable, que uno de los principales médicos del Johns Hopkins Hospital, de Baltimore, solicitó que le fueran obsequiados ejemplares de cada uno de los documentos de esa reglamentación, especialmente los relativos a la estadis-

BIOGRAFÍA BREVE

tica; y sucedió que al cabo de algunos años, el Dr. López visitó el citado hospital de Baltimore y se dió cuenta de que sus reglamentos habían sido adoptados por este importante establecimiento.

El comité del V Congreso Dental Internacional, le dirigió una carta el 19 de mayo de 1909, dándole las gracias por la cooperación que prestó al Congreso y felicitándole por ser miembro de él.

El 25 de noviembre de 1910, aplicó por primera vez en el País, el célebre "salvarsán", usando las muestras que de Alemania le remitió el Dr. Eduardo Liceaga. Esto se realizó en el Hospital General de la Capital.

Con fecha 27 de mayo de 1911, la Secretaría de Gobernación le dirigió un oficio, comunicándole el acuerdo presidencial por el que se le comisionaba para ir a Europa y hacer un estudio de los institutos de vacuna animal y de la organización de las casas de cuna en Bélgica, pudiendo separarse durante un año y con goce de sueldo, de sus cargos de director del Hospital Militar y de Vocal del Consejo Superior de Salubridad.

El Gobierno del Estado de Texas, le expidió Diploma de Médico Cirujano el 7 de julio de 1916.

Respecto de los escritos científicos del Dr. López, además de su tesis doctoral ya mencionada, citaré los siguientes:

1.—Pequeña modificación a la pinza común, para facilitar la ligadura de las arterias profundas. (Gac. Méd. de Méx., 1883, XVIII; págs. 338-40, con una lámina). Acerca de este trabajo, la Comisión de Patología externa rindió un dictámen elogioso, suscrito por el Dr. Eduardo Liceaga. (Gac. Méd. 1883, XVIII, p. 337-8).

2.—Carta del Dr. Fernando López al Dr. Francisco Montes de Oca, París, enero 19 de 1884, sobre un procedimiento de Anestesia. (La Esc. de Med., 1884, V, p. 248-50).

3.—Curación radical de una hernia inguinal. (Rev. Méd. de Méx., 1888, I, p. 35).

4.—Accidente raro durante una operación de catarata. (Gac. Méd. Militar, 1889, I, p. 77-9).

5.—Talla hipogástrica, Méx. 1889.

En 1893 dió a conocer su original procedimiento de desarticulación del hombro. Este asunto sirvió de motivo para hacer su tesis doctoral (1893, E. N. de M.) al pasante Federico Carranza.

Fué miembro de la Academia N. de Medicina; pero se separó de dicha Corporación, la cuál aceptó su renuncia con fecha 13 de mayo de 1895.

El 16 de septiembre de 1897, el Departamento de Guerra de los Estados Unidos le comunicó que había sido nombrado Miembro de la Asociación de Médicos Militares de ese país.

En Febrero de 1898, el Ministerio de Justicia e Instrucción Pública le designó miembro de la Comisión que, presidida por el Dr. Eduardo Liceaga, representó a México en el IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía, reunido en Madrid en abril del mismo año.

La prestigiada Sociedad Científica Antonio Alzate, le nombró Socio Honorario, el 1o. de julio de 1898.

S. M. Dn. Alfonso XIII y la Reina Regente de España, le enviaron un Oficio-Diploma, nombrándole Caballero de la Orden del Mérito Militar, el 3 de noviembre de 1899.

En noviembre de 1899, la Institución de la Cruz Roja, le entrega un Diploma concediéndole la Medalla de Oro de Primera Clase por servicios prestados a la Institución.

Fué designado Miembro de la American Public Health Association, el 25 de septiembre de 1901 y en alguna de sus reuniones se le nombró Vicepresidente.

Fué el primero en México que observó la iniciativa de las soluciones de cocaína cuando se hervían por transformarse en tropococaína; y para evitar este grave inconveniente "tyndallizaba" las soluciones (1901).

El Dr. López fué el primer director del Hospital General de la Capital, que se inauguró el 5 de febrero de 1905, habiéndole sido expedido su nombramiento con fecha 17 de enero del mismo año. La reglamentación de este Hospital hecha por el Dr. López, fué tan notable, que uno de los principales médicos del Johns Hopkins Hospital, de Baltimore, solicitó que le fueran obsequiados ejemplares de cada uno de los documentos de esa reglamentación, especialmente los relativos a la estadis-

BIOGRAFÍA BREVE

tica; y sucedió que al cabo de algunos años, el Dr. López visitó el citado hospital de Baltimore y se dió cuenta de que sus reglamentos habían sido adoptados por este importante establecimiento.

El comité del V Congreso Dental Internacional, le dirigió una carta el 19 de mayo de 1909, dándole las gracias por la cooperación que prestó al Congreso y felicitándole por ser miembro de él.

El 25 de noviembre de 1910, aplicó por primera vez en el País, el célebre "salvarsán", usando las muestras que de Alemania le remitió el Dr. Eduardo Liceaga. Esto se realizó en el Hospital General de la Capital.

Con fecha 27 de mayo de 1911, la Secretaría de Gobernación le dirigió un oficio, comunicándole el acuerdo presidencial por el que se le comisionaba para ir a Europa y hacer un estudio de los institutos de vacuna animal y de la organización de las casas de cuna en Bélgica, pudiendo separarse durante un año y con goce de sueldo, de sus cargos de director del Hospital Militar y de Vocal del Consejo Superior de Salubridad.

El Gobierno del Estado de Texas, le expidió Diploma de Médico Cirujano el 7 de julio de 1916.

Respecto de los escritos científicos del Dr. López, además de su tesis doctoral ya mencionada, citaré los siguientes:

1.—Pequeña modificación a la pinza común, para facilitar la ligadura de las arterias profundas. (Gac. Méd. de Méx., 1883, XVIII; págs. 338-40, con una lámina). Acerca de este trabajo, la Comisión de Patología externa rindió un dictamen elogioso, suscrito por el Dr. Eduardo Liceaga. (Gac. Méd. 1883, XVIII, p. 337-8).

2.—Carta del Dr. Fernando López al Dr. Francisco Montes de Oca, París, enero 19 de 1884, sobre un procedimiento de Anestesia. (La Esc. de Med., 1884, V, p. 248-50).

3.—Curación radical de una hernia inguinal. (Rev. Méd. de Méx., 1888, I, p. 35).

4.—Accidente raro durante una operación de catarata. (Gac. Méd. Militar, 1889, I, p. 77-9).

5.—Talla hipogástrica, Méx. 1889.

6.—Desarticulación coxo-femoral izquierda. Curación (Gac. Méd-Militar, 1890, II, p. 260-3).

7.—Resección y sutura de un nervio. Curación (Gac. Médico-Militar, 1891, III, p. 46-8).

8.—Breve estudio sobre un procedimiento nuevo de blefaroplastia. (Gac. Méd., 1892, XXVII, p. 147-52, con dos láminas).

9.—Nuevo procedimiento para restaurar las grandes pérdidas de sustancia de la pared inferior de la uretra.—Este trabajo fué presenado, el 16 de noviembre de 1896, en la Sección de Cirugía Militar y Naval y Cirugía en los Ferrocarriles, del II Cong. Méd. Pan-Americano. (La Esc. de Med., 1897, XIII, p. 720-2).

10.—Técnica para obtener la analgesia por la cocaína en las operaciones mutilantes del globo ocular. (La Esc. de Med., 1901, XVI, p. 470-2).

El Dr. Dn. Fernando López contrajo matrimonio, el 11 de abril de 1888, con la inteligente y aristocrática señorita doña Luz González Cosío, hija legítima del Gral. Dn. Manuel González Cosío y de la señora doña Luz Acosta. De este matrimonio nacieron 4 hijos: doña Guadalupe L. de Prieto Souza, doña Luz L. de Zinser, don Manuel López y doña Emilia L. de Rubio, que felizmente viven. La señora González Cosío de López, en unión de su esposo, fundó en México la Cruz Roja, en 1909.

En resumen: la asiduidad en el estudio, la tenacidad en el trabajo, la honradez y capacidad en el ejercicio profesional, la caballerosidad con sus colegas, la atingencia en los numerosos e importantes puestos que desempeñó, la modestia típica del verdadero sabio y el número y calidad de sus innovaciones, hacen del Dr. Dn. Fernando López una de las personalidades médicas de más alto relieve en nuestra Patria, a cuyo progreso contribuyó con las siguientes prioridades: primer catedrático de Cirugía de Guerra, en la Escuela Práctica Médico-Militar (1881); modificación a la pinza común para facilitar la ligadura de las arterias profundas (1883); fundación de la Clínica de Oftalmología en el Hospital Militar (1886); introducción de la asepsia en vez de la antisepsia, en las operaciones (1887); nuevo procedimiento de blefaroplastia (1892); introducción de la desinsectización usando el ácido cianhídrico (1892);

BIOGRAFÍA BREVE

nuevo procedimiento de desarticulación del hombro (1893); fundación de la primera "tyndallización" de las soluciones de cocaína para evitar que ésta por la ebullición se transforme en tropococaína, inactiva (1901); primera enucleación ocular con anestesia cocainica (1901); fundación de la Cruz Roja Mexicana (1909) e introducción entre nosotros del salvarsán (1910).

Este médico insigne falleció cristianamente en la Capital, de pulmonía el 17 de marzo de 1924 y es imperativo de elemental justicia y gratitud que se recuerde su nombre, poniéndolo a algún establecimiento médico o siquiera a alguna calle principal o jardín de la Metrópoli...

Es para mí un honor concluir este trabajo haciendo patente mi respetuoso agradecimiento a las señoras doña Guadalupe López de Prieto Souza, a la señora doña Luz López de Zinser y al Dr. don Fernando Prieto López, por su gentil y valiosa cooperación para escribir esta corta biografía.

6.—Desarticulación coxo-femoral izquierda. Curación (Gac. Méd-Militar, 1890, II, p. 260-3).

7.—Resección y sutura de un nervio. Curación (Gac. Médico-Militar, 1891, III, p. 46-8).

8.—Breve estudio sobre un procedimiento nuevo de blefaroplastia. (Gac. Méd., 1892, XXVII, p. 147-52, con dos láminas).

9.—Nuevo procedimiento para restaurar las grandes pérdidas de sustancia de la pared inferior de la uretra.—Este trabajo fué presenado, el 16 de noviembre de 1896, en la Sección de Cirugía Militar y Naval y Cirugía en los Ferrocarriles, del II Cong. Méd. Pan-Americano. (La Esc. de Med., 1897, XIII, p. 720-2).

10.—Técnica para obtener la analgesia por la cocaína en las operaciones mutilantes del globo ocular. (La Esc. de Med., 1901, XVI, p. 470-2).

El Dr. Dn. Fernando López contrajo matrimonio, el 11 de abril de 1888, con la inteligente y aristocrática señorita doña Luz González Cosío, hija legítima del Gral. Dn. Manuel González Cosío y de la señora doña Luz Acosta. De este matrimonio nacieron 4 hijos: doña Guadalupe L. de Prieto Souza, doña Luz L. de Zinser, don Manuel López y doña Emilia L. de Rubio, que felizmente viven. La señora González Cosío de López, en unión de su esposo, fundó en México la Cruz Roja, en 1909.

En resumen: la asiduidad en el estudio, la tenacidad en el trabajo, la honradez y capacidad en el ejercicio profesional, la caballerosidad con sus colegas, la atingencia en los numerosos e importantes puestos que desempeñó, la modestia típica del verdadero sabio y el número y calidad de sus innovaciones, hacen del Dr. Dn. Fernando López una de las personalidades médicas de más alto relieve en nuestra Patria, a cuyo progreso contribuyó con las siguientes prioridades: primer catedrático de Cirugía de Guerra, en la Escuela Práctica Médico-Militar (1881); modificación a la pinza común para facilitar la ligadura de las arterias profundas (1883); fundación de la Clínica de Oftalmología en el Hospital Militar (1886); introducción de la asepsia en vez de la antisepsia, en las operaciones (1887); nuevo procedimiento de blefaroplastia (1892); introducción de la desinsectización usando el ácido cianhídrico (1892);

BIOGRAFÍA BREVE

nuevo procedimiento de desarticulación del hombro (1893); fundación de la primera "tyndallización" de las soluciones de cocaína para evitar que ésta por la ebullición se transforme en tropococaína, inactiva (1901); primera enucleación ocular con anestesia cocainica (1901); fundación de la Cruz Roja Mexicana (1909) e introducción entre nosotros del salvarsán (1910).

Este médico insigne falleció cristianamente en la Capital, de pulmonía el 17 de marzo de 1924 y es imperativo de elemental justicia y gratitud que se recuerde su nombre, poniéndolo a algún establecimiento médico o siquiera a alguna calle principal o jardín de la Metrópoli...

Es para mí un honor concluir este trabajo haciendo patente mi respetuoso agradecimiento a las señeras doña Guadalupe López de Prieto Souza, a la señora doña Luz López de Zinser y al Dr. don Fernando Prieto López, por su gentil y valiosa cooperación para escribir esta corta biografía.

Las Causas de Recidiva de las Intervenciones sobre las Vías Biliares.

*Por el Académico Dr. M. López Esnaurrizar. **

El Prof. R. Demel ha hecho en su ponencia una magistral clasificación de las causas, lo que refrendo íntegramente.

Por encuesta que he hecho entre cirujanos competentes resulta que aproximadamente en un 20% de casos de operaciones perfectas sobre las vías biliares se producen recidivas a veces muy graves. En estos enfermos quedan descartados todos los casos de operaciones incompletas e insuficientes técnicamente. Las causas de estos padecimientos pueden preceder a la operación, producirse en la misma o no atenderse en las mismas a) porque se deben a irritaciones simpáticas ("esplacnitis") previas que preceden o acompañan a los padecimientos biliares: estas producen dolor, espasmos y distrofias; b) por producirse las irritaciones al hacer tracciones sobre la viscera o sobre sus ligamentos durante la operación; c) por deberse a lesiones pequeñas, imperceptibles o microscópicas que no puede tratar el cirujano. En muchas de estas condiciones se interpretan y clasifican como adherencias post-operatorias.

Estas aparentes recidivas pueden corregirse por la esplacnoterapia que es tratamiento visceral a través de infiltraciones químicas del esplácnico que actúan curando la irritación esplácnica, las lesiones pequeñas o microscópicas viscerales y los trastornos funcionales (espasmo). Anteriormente se llamaba el método de infiltración o bloqueo paravertebral pero actualmente la idea de bloqueo resulta incompleta e insuficiente de acuerdo con lo anterior y de varios trabajos que preceden a este

* Contribución a tema de Ponencia. 13o. Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía. Oct. 1949. Nueva Orleans.

INTERVENCIONES SOBRE LAS VÍAS BILIARES

El tratamiento actúa centralmente para curar la irritación o esplenitis, obteniendo la cicatrización de lesiones pequeñas o microscópicas de las vías biliares por medio de mejor irrigación sanguínea consecutiva a vasodilatación arteriocalilar y por paro de la acción distrófica patológica del esplácnico y por último por cesación de espasmo de la musculatura lisa de las vías biliares.

De 85 casos tratados se ha obtenido la curación total, muchas veces espectacular, de 78 casos; en 10 de estos hubo que repetir el tratamiento una a dos veces; de los restantes en 5 cupo suponer la existencia de lesiones macroscópicas que fueron curadas por el cirujano y que por esta razón debieron reoperarse y por último en 2 casos se hizo evidente que el dolor y molestia era de origen pitiatico o neurótico. Como ilustración referimos el siguiente caso muy demostrativo que debemos a la gentileza de uno de los mejores cirujanos y especialistas y que por consecuencia hace las mejores operaciones sobre las vías biliares, el Prof. Dr. José Aguilar Alvarez; la Sra. Josefina M. de 54 años de edad, postrada gravemente en cama. Había sufrido primera operación en vesícula biliar en febrero de 1948; por recidiva persistencia de las molestias, este cuidadoso cirujano le hizo operación perfecta y completa el 2 de agosto de 1948 en el Sanatorio Español de México. La vimos el 22 de noviembre debido a la persistencia de las molestias durante todo ese tiempo y a su empeoramiento progresivo llegado al máximo con dolores muy intensos, incoercibles a toda tratamiento y además con síndrome completo y muy marcado de ictericia por retención (tinte icterico, coluria, acolia fecal, vómitos), y caquexia por desnutrición crónica, e intoxicación por analgésicos. Hicimos el mismo día tratamiento esplenoterápico obteniendo de inmediato el cese de todo dolor y molestia, doce horas después desapareció la coluria y la acolia fecal y en pocos días el tinte icterico se fué borrando y desapareciendo, las molestias digestivas, cambiándose por el bienestar fisiológico normal; la enferma estaba clínicamente curada y en convalecencia en 72 horas y desde entonces en curación definitiva. Hemos deducido por ésta observación con otras varias que la ictericia fué debida a retención por espasmo reflejo del colédoco que cesa inmediata-

Las Causas de Recidiva de las Intervenciones sobre las Vías Biliares.

*Por el Académico Dr. M. López Esnaurrizar. **

El Prof. R. Demel ha hecho en su ponencia una magistral clasificación de las causas, lo que refrendo integralmente.

Por encuesta que he hecho entre cirujanos competentes resulta que aproximadamente en un 20% de casos de operaciones perfectas sobre las vías biliares se producen recidivas a veces muy graves. En estos enfermos quedan descartados todos los casos de operaciones incompletas e insuficientes técnicamente. Las causas de estos padecimientos pueden preceder a la operación, producirse en la misma o no atenderse en las mismas a) porque se deben a irritaciones simpáticas ("esplacnitis") previas que preceden o acompañan a los padecimientos biliares: estas producen dolor, espasmos y distrofias; b) por producirse las irritaciones al hacer tracciones sobre la viscera o sobre sus ligamentos durante la operación; c) por deberse a lesiones pequeñas, imperceptibles o microscópicas que no puede tratar el cirujano. En muchas de estas condiciones se interpretan y clasifican como adherencias post-operatorias.

Estas aparentes recidivas pueden corregirse por la esplacnoterapia que es tratamiento visceral a través de infiltraciones químicas del esplácnico que actúan curando la irritación esplácnica, las lesiones pequeñas o microscópicas viscerales y los trastornos funcionales (espasmo). Anteriormente se llamaba el método de infiltración o bloqueo paravertebral pero actualmente la idea de bloqueo resulta incompleta e insuficiente de acuerdo con lo anterior y de varios trabajos que preceden a este

* Contribución a tema de Ponencia. 13o. Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía. Oct. 1949. Nueva Orleans.

INTERVENCIONES SOBRE LAS VÍAS BILIARES

El tratamiento actúa centralmente para curar la irritación o esplenitis, obteniendo la cicatrización de lesiones pequeñas o microscópicas de las vías biliares por medio de mejor irrigación sanguínea consecutiva a vasodilatación arteriocalilar y por paro de la acción distrófica patológica del esplácnico y por último por cesación de espasmo de la musculatura lisa de las vías biliares.

De 85 casos tratados se ha obtenido la curación total, muchas veces espectacular, de 78 casos; en 10 de estos hubo que repetir el tratamiento una a dos veces; de los restantes en 5 cupo suponer la existencia de lesiones macroscópicas que fueron curadas por el cirujano y que por esta razón debieron reoperarse y por último en 2 casos se hizo evidente que el dolor y molestia era de origen pitiatico o neurótico. Como ilustración referimos el siguiente caso muy demostrativo que debemos a la gentileza de uno de los mejores cirujanos y especialistas y que por consecuencia hace las mejores operaciones sobre las vías biliares, el Prof. Dr. José Aguilar Alvarez; la Sra. Josefina M. de 54 años de edad, postrada gravemente en cama. Había sufrido primera operación en vesícula biliar en febrero de 1948; por recidiva persistencia de las molestias, este cuidadoso cirujano le hizo operación perfecta y completa el 2 de agosto de 1948 en el Sanatorio Español de México. La vimos el 22 de noviembre debido a la persistencia de las molestias durante todo ese tiempo y a su empeoramiento progresivo llegado al máximo con dolores muy intensos, incoercibles a toda tratamiento y además con síndrome completo y muy marcado de ictericia por retención (tinte icterico, coluria, acolia fecal, vómitos), y caquexia por desnutrición crónica, e intoxicación por analgésicos. Hicimos el mismo día tratamiento esplenoterápico obteniendo de inmediato el cese de todo dolor y molestia, doce horas después desapareció la coluria y la acolia fecal y en pocos días el tinte icterico se fué borrando y desapareciendo, las molestias digestivas, cambiándose por el bienestar fisiológico normal; la enferma estaba clínicamente curada y en convalecencia en 72 horas y desde entonces en curación definitiva. Hemos deducido por ésta observación con otras varias que la ictericia fué debida a retención por espasmo reflejo del colédoco que cesa inmediata-

mente con la espiacnoterapia (ver el Boletín No. 1 de la Sociedad de Cirugía de Córdoba, Argentina).

Para terminar esta breve nota deseo agradecer a los eminentes cirujanos y amigos el Prof. José Aguilar Alvarez y los Dres. Guillermo Alamillo y Gonzalo Aréchaga su eminente ayuda al proporcionarme algunos de los casos que forman esta pequeña estadística.

SUMMARY

The A. stands that there are a average of 20% of cases of failure in perfect operations on the biliary tract and that the cause of reasons are: splachnic irritation (frequently this disease "Splachnitis" is the principal of may be produced during the operation), b) very small or microscopical injure of the biliary mucosae not detectable by the best surgeon, and c) Fonectional trouble (biliary spasm). The treatment (78 success in 85; the splachnoterapy (treatment of the viscus and of the splachnics nerves by way of para-vertebral chemical infiltrations) is the answer at the question.

RESUME

L'A. fait l'observation de qu'il a 20% des cas des operations presqu'ideales de les voies biliares avec recidives; il mie au point qui les causes sont: A) irritation splachnique ("splachnitis") qui peut exister en avant ou se produire pendent l'operation; b) pour tres petites ou microscopiques lesions de la mucose biliaire, et C) pour alterations fonctionnelles telle qui l'spasme. Le traitement (78 succès dans 85 cas) est l'Splachnoterapie, le traitement des visceres et de le splachnic pour infiltrations chimique (habituelment alcoolisation) para-vertebral.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografia del Autor (resúmen). "Algias abdominales esplánicas" Ac. Med. de Cir. 10 oct. 1944; "Cir. y Cir." Tomo 13 No. 1. 1945, México "Jour. of Int. Coll. of Surg." Julio-agosto 1946. Chicago, Ill. E. U. A.—"Dolores Mortales" Edición Uteha,

INTERVENCIONES SOBRE LAS VÍAS BILIARES

1947, México "Méthode de Récupération Viscérale. Chirurgie de la Douleur et des Dystrophies Splanchniques" *Ac. de Cir. de Paris*, 14 de abril 1948 et "Mem. de l'ac. de Chir." Tomo 74 Nos. 11 y 12 pags. 304-307, Paris.—"Surgery of Pain" Royal College of Surgeons of England, 4 de mayo de 1948 y "Annals of the Royal Coll. of Surg. of Eng." No. 3 marzo 1949, Londres, Inglaterra.—"Blockage of Splanchnic Nerves for relief of pain and Splanchnic Dystrophy" 6a. As. Int. del Colegio Internacional de Cirujanos mayo 16-24, Roma, Italia y "Jour. of the Int. Coll. of Surg." agosto 15 de 1949, Chicago.—"Nuevo Método Encefalo-Quirúrgico. Cirugía Química Nerviosa" "El Día Médico" 24 enero 1949, Buenos Aires, Argentina.—"Método terapéutico para el síndrome hepaticiano" Soc. de Cir. de Córdoba, Argentina. Boletín No. 1, 1949, etc. etc.

mente con la espiacnoterapia (ver el Boletín No. 1 de la Sociedad de Cirugía de Córdoba, Argentina).

Para terminar esta breve nota deseo agradecer a los eminentes cirujanos y amigos el Prof. José Aguilar Alvarez y los Dres. Guillermo Alamillo y Gonzalo Aréchaga su eminente ayuda al proporcionarme algunos de los casos que forman esta pequeña estadística.

SUMMARY

The A. stands that there are a average of 20% of cases of failure in perfect operations on the biliary tract and that the cause of reasons are: splachnic irritation (frequently this disease "Splanchnitis" is the principal of may be produced during the operation), b) very small or microscopical injure of the biliary mucosae not detectable by the best surgeon, and c) Fonectional trouble (biliary spasm). The treatment (78 success in 85; the splanchnoterapy (treatment of the viscus and of the splanchnics nerves by way of para-vertebral chemical infiltrations) is the answer at the question.

RESUME

L'A. fait l'observation de qu'il a 20% des cas des operations presqu'ideales de les voies biliares avec recidives; il mie au point qui les causes sont: A) irritation splachnique ("splanchnitis") qui peut exister en avant ou se produire pendent l'operation; b) pour tres petites ou microscopiques lesions de la mucose biliaire, et C) pour alterations fonctionnelles telle qui l'spasme. Le traitement (78 succès dans 85 cas) est l'Splanchnoterapie, le traitement des visceres et de le splachnic pour infiltrations chimique (habituellement alcoolisation) para-vertebral.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografía del Autor (resúmen). "Algias abdominales esplánicas" Ac. Med. de Cir. 10 oct. 1944; "Cir. y Cir." Tomo 13 No. 1. 1945, México "Jour. of Int. Coll. of Surg." Julio-agosto 1946. Chicago, Ill. E. U. A.—"Dolores Mortales" Edición Uteha,

INTERVENCIONES SOBRE LAS VÍAS BILIARES

1947, México "Méthode de Récupération Viscérale. Chirurgie de la Douleur et des Dystrophies Splanchniques" *Ac. de Cir. de Paris*, 14 de abril 1948 et "Mem. de l'ac. de Chir." Tomo 74 Nos. 11 y 12 pags. 304-307, Paris.—"Surgery of Pain" Royal College of Surgeons of England, 4 de mayo de 1948 y "Annals of the Royal Coll. of Surg. of Eng." No. 3 marzo 1949, Londres, Inglaterra.—"Blockage of Splanchnic Nerves for relief of pain and Splanchnic Dystrophy" 6a. As. Int. del Colegio Internacional de Cirujanos mayo 16-24, Roma, Italia y "Jour. of the Int. Coll. of Surg." agosto 15 de 1949, Chicago.—"Nuevo Método Encefalo-Quirúrgico. Cirugía Química Nerviosa" "El Día Médico" 24 enero 1949, Buenos Aires, Argentina.—"Método terapéutico para el síndrome hepaticiano" Soc. de Cir. de Córdoba, Argentina. Boletín No. 1, 1949, etc. etc.

Enteritis Segmental.

*Dr. Arnulfo Treviño Garza. **

Desde hace años oímos hablar de la ileitis terminal como un padecimiento frecuentemente encontrado en las laparatomías que se hacían para tratar casos de apendicitis aguda. Existe un gran número de enfermos laparatomizados en que éstas lesiones no se encuentran localizadas en la terminación del ileon sino en diversas partes del mismo, en el yeyuno, en el duodeno y aún en el cólon y qué, sistemáticamente, son considerados como tuberculosis intestinal, micosis, etc., etc. No cabe duda de la identidad de este padecimiento afectando porciones distintas de intestino, ya que las lesiones macroscópicas observadas en unas y otras son idénticas, amén de que presentan peculiaridades tales, que en la actualidad constituyen una entidad nosológica perfectamente singularizada. He hurgado en la literatura médica nacional sin encontrar referencias categóricas a éste respecto y los casos que más adelante pormenorizaré me inquietaron y condujeron a escribir este pequeño trabajo de recopilación, fruto de la experiencia de la cirugía norteamericana al que, en forma de modesta cooperación, agregaré la experiencia que al respecto nos ha brindado once años de trabajo en las salas de operaciones, muy particularmente el servicio de "CIRUGIA ABDOMINAL" del Hospital Civil de Monterrey.

Me ocuparé, en primer término, de las consideraciones generales del asunto, para de ahí desprender las conclusiones terapéuticas.

Como decíamos en párrafos anteriores, hace años se denominó a este padecimiento ileitis terminal, por la mayor frecuencia con que se en-

* Prof. Jefe del Depto. de Cirugía de Vientre del Hospital Universitario de Monterrey.

cuentra en éste segmento de intestino. Posteriormente han aparecido en la literatura médica mundial otras denominaciones contando las distintas porciones afectadas de intestino, y aún siendo consideradas como manifestaciones de otro padecimiento. El nombre de enteritis segmental fué dado, en un principio, a éstas lesiones afectando la porción alta del ileon, pero, para nosotros, por su etimología, es equivalente a la ileitis regional, es decir, sea cual sea la porción de intestino afectada debe llevar cualquiera de estos dos nombres: ileo-yeyunitis cuando afecta éstas porciones e inclusive el duodeno, ileo-colitis es la denominación que se dá a los casos en que el proceso afecta también al intestino grueso, principalmente al ciego y al cólon sigmoide. Pero sea cual sea la denominación que se le aplique es uno sólo el padecimiento con las siguientes particularidades.

Ulceraciones granulomatosas inespecíficas que infiltran los tejidos de las paredes intestinales y que terminan con formación de tejido fibroso cicatricial.

No afecta uniformemente todo el intestino sino que aparece en áreas limitadas, separadas entre sí por segmentos sanos de intestino.

Los Norteamericanos llaman a las primeras "SKIP LESIONS" y a las segundas "SKIP AREAS" es decir lesiones y áreas salteadas.

Durante mucho tiempo fueron reputadas como lesiones de origen tuberculoso pero jamás ha podido encontrarse el bacilo en estudios de cortes y los cultivos e inoculaciones siempre han sido negativos, por lo que actualmente se piensa en la infección de un gérmen desconocido o de un virus filtrante.

La sintomatología tanto de la fase aguda, como de la crónica, se confunde con la de los procesos apendiculares agudos o crónicos respectivamente, y como con mucha frecuencia se hacen incisiones lo más pequeño posible con fines estéticos, el cirujano se concreta a extirpar un apéndice más o menos enfermo sin explorar el resto del intestino donde radica el padecimiento principal que por lo tanto queda sin resolver. Todas las clases sociales sin excepción, son afectadas, así como todas las razas. En las estadísticas norteamericanas, predominan en sujetos jóvenes entre los 20 y los 30 años y los casos más graves en los niños en edad

Enteritis Segmental.

*Dr. Arnulfo Treviño Garza. **

Desde hace años oímos hablar de la ileitis terminal como un padecimiento frecuentemente encontrado en las laparatomías que se hacían para tratar casos de apendicitis aguda. Existe un gran número de enfermos laparatomizados en que éstas lesiones no se encuentran localizadas en la terminación del ileon sino en diversas partes del mismo, en el yeyuno, en el duodeno y aún en el cólon y qué, sistemáticamente, son considerados como tuberculosis intestinal, micosis, etc., etc. No cabe duda de la identidad de este padecimiento afectando porciones distintas de intestino, ya que las lesiones macroscópicas observadas en unas y otras son idénticas, amén de que presentan peculiaridades tales, que en la actualidad constituyen una entidad nosológica perfectamente singularizada. He hurgado en la literatura médica nacional sin encontrar referencias categóricas a éste respecto y los casos que más adelante pormenorizaré me inquietaron y condujeron a escribir este pequeño trabajo de recopilación, fruto de la experiencia de la cirugía norteamericana al que, en forma de modesta cooperación, agregaré la experiencia que al respecto nos ha brindado once años de trabajo en las salas de operaciones, muy particularmente el servicio de "CIRUGIA ABDOMINAL" del Hospital Civil de Monterrey.

Me ocuparé, en primer término, de las consideraciones generales del asunto, para de ahí desprender las conclusiones terapéuticas.

Como decíamos en párrafos anteriores, hace años se denominó a este padecimiento ileitis terminal, por la mayor frecuencia con que se en-

* Prof. Jefe del Depto. de Cirugía de Vientre del Hospital Universitario de Monterrey.

cuentra en éste segmento de intestino. Posteriormente han aparecido en la literatura médica mundial otras denominaciones contando las distintas porciones afectadas de intestino, y aún siendo consideradas como manifestaciones de otro padecimiento. El nombre de enteritis segmental fué dado, en un principio, a éstas lesiones afectando la porción alta del ileon, pero, para nosotros, por su etimología, es equivalente a la ileitis regional, es decir, sea cual sea la porción de intestino afectada debe llevar cualquiera de estos dos nombres: ileo-yeyunitis cuando afecta éstas porciones e inclusive el duodeno, ileo-colitis es la denominación que se dá a los casos en que el proceso afecta también al intestino grueso, principalmente al ciego y al cólon sigmoide. Pero sea cual sea la denominación que se le aplique es uno sólo el padecimiento con las siguientes particularidades.

Ulceraciones granulomatosas inespecíficas que infiltran los tejidos de las paredes intestinales y que terminan con formación de tejido fibroso cicatricial.

No afecta uniformemente todo el intestino sino que aparece en áreas limitadas, separadas entre sí por segmentos sanos de intestino.

Los Norteamericanos llaman a las primeras "SKIP LESIONS" y a las segundas "SKIP AREAS" es decir lesiones y áreas salteadas.

Durante mucho tiempo fueron reputadas como lesiones de origen tuberculoso pero jamás ha podido encontrarse el bacilo en estudios de cortes y los cultivos e inoculaciones siempre han sido negativos, por lo que actualmente se piensa en la infección de un gérmen desconocido o de un virus filtrante.

La sintomatología tanto de la fase aguda, como de la crónica, se confunde con la de los procesos apendiculares agudos o crónicos respectivamente, y como con mucha frecuencia se hacen incisiones lo más pequeño posible con fines estéticos, el cirujano se concreta a extirpar un apéndice más o menos enfermo sin explorar el resto del intestino donde radica el padecimiento principal que por lo tanto queda sin resolver. Todas las clases sociales sin excepción, son afectadas, así como todas las razas. En las estadísticas norteamericanas, predominan en sujetos jóvenes entre los 20 y los 30 años y los casos más graves en los niños en edad

escolar. Nosotros lo hemos encontrado notablemente más frecuente en los niños y el caso más grave, en una mujer joven de 24 años de edad.

Afecta el mesenterio correspondiente a las áreas enfermas sobrecargándolo de grasa e infarta los ganglios mesentéricos.

Anatomía patológica macroscópica: como ya dejamos señalado anteriormente afecta cualquier porción del intestino delgado y más raramente al intestino grueso principalmente al colon sigmoideo que por tener un meso más amplio es igualmente más móvil asemejándose en esto al intestino delgado; del intestino delgado la porción que más frecuentemente se encuentra enferma es la porción terminal del ileon y si se tiene en cuenta que es la región adyacente a la válvula ileo-cecal, única formación valvular que se encuentra en el intestino desde el píloro, cabe pensar que en ese sitio por permanecer más tiempo el contenido intestinal con la mucosa es el que lógicamente tiene más oportunidades de infectarse. No es remoto suponer inclusive, que en la mayor parte de los casos en éste sitio se inicie la infección.

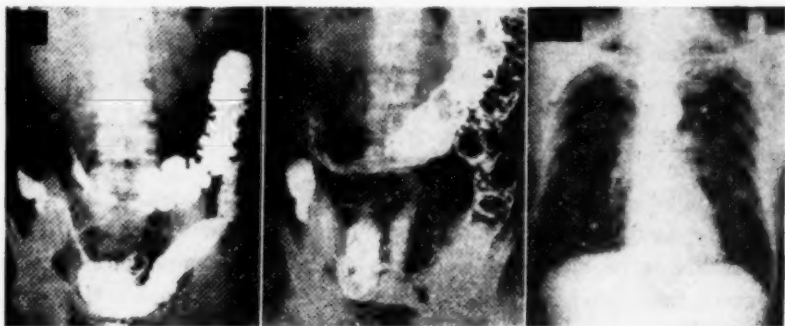
Como es raro que las lesiones pasen la válvula ileocecal, para constituir las ileocolitis, esto implica una verdadera complicación que ensombrece el pronóstico del enfermo.

Es los casos ileo-yeyunitis toda ésta gran porción de intestino se encuentra afectada en la forma discontinua clásica o afectando con predilección determinadas porciones.

Frecuentemente se encuentra sobrecarga grasosa de la porción afectada de intestino, y el meso correspondiente.

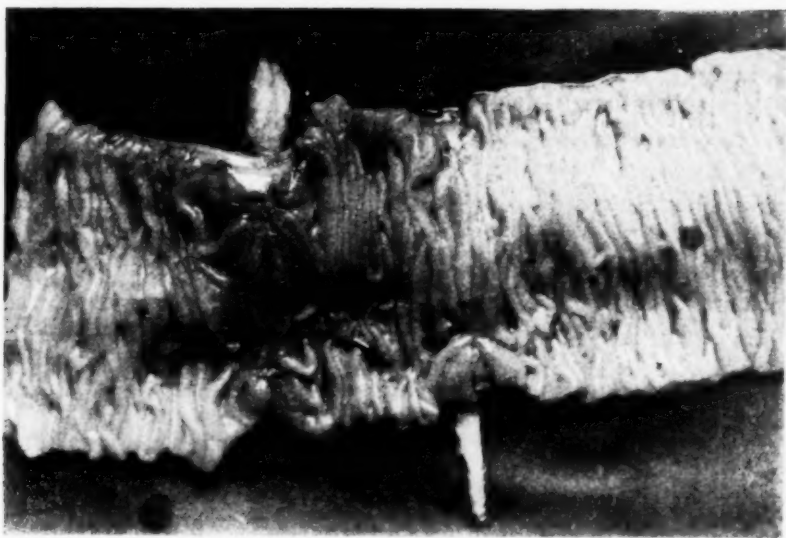
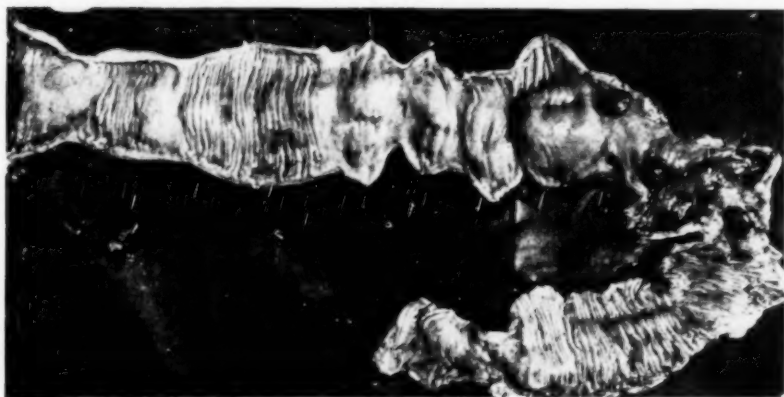
Aún cuando es opinión generalizada que las perforaciones intestinales en la ileitis regional, son excepcionales, nosotros no compartimos esta opinión ya que en algunos de nuestros pacientes hemos encontrado peritonitis generalizada por perforación de intestino. El sitio donde estas perforaciones se encontraron fué, en las proximidades de la válvula ileocecal, y los abscesos no presentan el olor fétido característico de los de origen apendicular.

Otra de las características de éste padecimiento es su tendencia a formar trayectos fistulados de los que una buena porción son determinados por practicar apendicectomías en los casos de ileitis.



Ileocolitis ulcero hiperplástica.

a).—Después de evacuación del enema opaco. b).—Radiografía en doble contraste. c).—Tórax normal, no hay signos de tuberculosis pulmonar.—La parte enferma se extirpó quirúrgicamente. Proceso no tuberculoso.



escolar. Nosotros lo hemos encontrado notablemente más frecuente en los niños y el caso más grave, en una mujer joven de 24 años de edad.

Afecta el mesenterio correspondiente a las áreas enfermas sobrecargándolo de grasa e infarta los ganglios mesentéricos.

Anatomía patológica macroscópica: como ya dejamos señalado anteriormente afecta cualquier porción del intestino delgado y más raramente al intestino grueso principalmente al colon sigmoideo que por tener un meso más amplio es igualmente más móvil asemejándose en esto al intestino delgado; del intestino delgado la porción que más frecuentemente se encuentra enferma es la porción terminal del ileon y si se tiene en cuenta que es la región adyacente a la válvula ileo-cecal, única formación valvular que se encuentra en el intestino desde el píloro, cabe pensar que en ese sitio por permanecer más tiempo el contenido intestinal con la mucosa es el que lógicamente tiene más oportunidades de infectarse. No es remoto suponer inclusive, que en la mayor parte de los casos en éste sitio se inicie la infección.

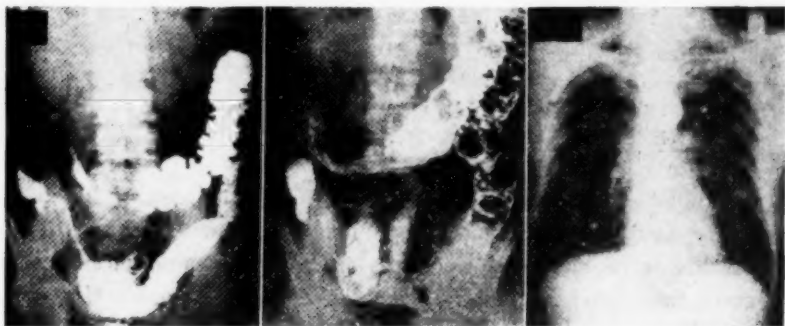
Como es raro que las lesiones pasen la válvula ileocecal, para constituir las ileocolitis, esto implica una verdadera complicación que ensombrece el pronóstico del enfermo.

Es los casos ileo-yeyunitis toda ésta gran porción de intestino se encuentra afectada en la forma discontinua clásica o afectando con predilección determinadas porciones.

Frecuentemente se encuentra sobrecarga grasosa de la porción afectada de intestino, y el meso correspondiente.

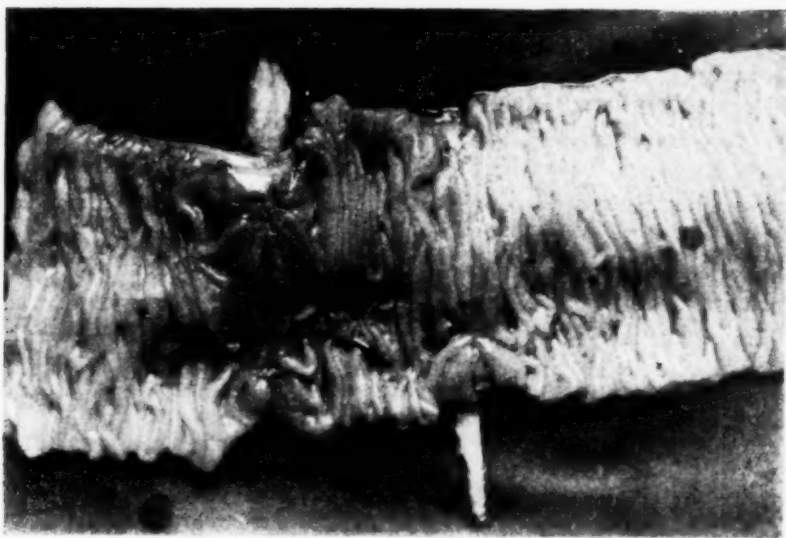
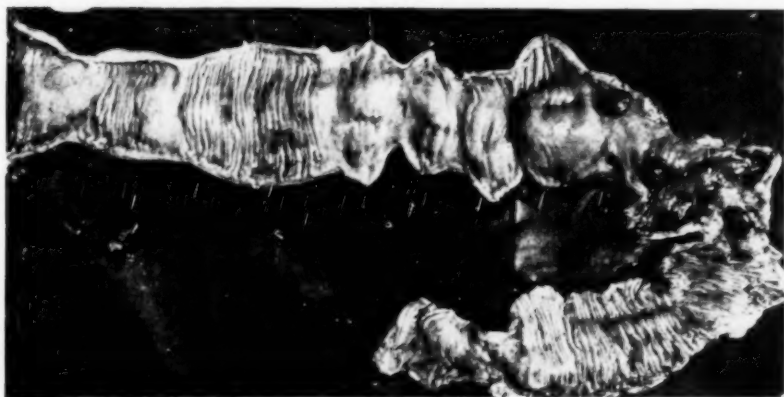
Aún cuando es opinión generalizada que las perforaciones intestinales en la ileitis regional, son excepcionales, nosotros no compartimos esta opinión ya que en algunos de nuestros pacientes hemos encontrado peritonitis generalizada por perforación de intestino. El sitio donde estas perforaciones se encontraron fué, en las proximidades de la válvula ileocecal, y los abscesos no presentan el olor fétido característico de los de origen apendicular.

Otra de las características de éste padecimiento es su tendencia a formar trayectos fistulados de los que una buena porción son determinados por practicar apendicectomías en los casos de ileitis.



Ileocolitis ulcero hiperplástica.

a).—Después de evacuación del enema opaco. b).—Radiografía en doble contraste. c).—Tórax normal, no hay signos de tuberculosis pulmonar.—La parte enferma se extirpó quirúrgicamente. Proceso no tuberculoso.



Unos de ellos se abren al exterior, fosa iliaca derecha, los más frecuentes y casi siempre debidos a apendicectomías o a maniobras quirúrgicas sobre la región; otros aparecen en la región perineal en forma de trayectos fistulosos abscesos que se harían por gravedad a través de la fascia pélvica. No son raras las fistulas perineales o las recto-vaginales (hueco isquio-rectal). Es muy importante tener en cuenta esta posibilidad en casos de fistulas en éstas regiones rebeldes al tratamiento, pues no curarán hasta tratar la ileitis. Raras veces aparecen en la región inguinal y aún en la lumbar, en su porción lateral. El mecanismo de producción de éstos trayectos fistulosos, sería una perforación de intestino por fenómenos de auto-digestión en las porciones afectadas de la mucosa intestinal. Recordar que la primera manifestación de la ileitis, aún antes que el dolor abdominal y la diarrea, pueden ser éstos trayectos fistulosos.

SINTOMATOLOGIA

I.—Ileitis regional aguda:

Para el cirujano es de una importancia capital la fase aguda de éste padecimiento, ya que frecuentemente se hace el diagnóstico de vientre agudo o simplemente de apendicitis aguda. Su diagnóstico diferencial con éste último padecimiento es muy difícil ya que ambos se presentan bruscamente, con dolor en la fosa iliaca del lado derecho, defensa muscular, hiperestesia, cutánea etc.

En algunos casos el diagnóstico diferencial podría hacerse por el funcionamiento del intestino ya que en la apendicitis aguda se presenta constipación, mientras que en la ileitis regional hay habitualmente fenómenos diarreicos. Si ésto es cierto para los adultos no lo es para algunas formas de apendicitis de los niños, en que, por el contrario, como sucede en la apendicitis supurada, y sobre todo en la gangrena, hay fenómenos diarreicos con olor a putrefacción. Creo sinceramente que sólo en circunstancias excepcionales, y conociendo a fondo la ileitis, podrá hacerse el diagnóstico pre-operatorio correcto. Es, una vez abierta la cavidad

peritoneal, cuando la anatomopatología macroscópica del apéndice no justifica el cuadro abdominal grave, el cirujano debe explorar meticulosamente el intestino buscando las lesiones características de la ileitis. La cuenta y fórmula leucocitaria, no tienen ningún valor diferencial, ya que en ambos padecimientos es más o menos igual. No es raro encontrar coexistiendo apendicitis gangrenosa e ileitis regional. En las obras consultadas, no se describe la anatomopatología microscópica de la ileitis aguda, porque habitualmente los cirujanos se abstienen de practicar resecciones primitivas de intestino en estas circunstancias y por lo tanto no hay suficiente material de estudios en los laboratorios.

Se ha emitido la opinión de que la ileitis aguda y crónica son dos padecimientos diferentes; pero observaciones reportadas por cirujanos de gran experiencia y seriedad, señalan que después de haber encontrado enfermos en la fase aguda, con todas las lesiones características en el intestino y haberse abstenido de operarlos, al intervenir de nuevo en los mismos por la sintomatología de la ileitis crónica, han encontrado las lesiones características de ésta fase en el sitio que ocupaban las anteriores lo que no deja lugar a duda, respecto a la unidad en sus dos estadios.

II.—Ileitis Regional Crónica.

El cuadro sintomatológico está formado por una historia clínica de larga duración, 6, 8, o 10 años; con fenómenos diarreicos frecuentes casi sub-intrantes; dolores en las fosas iliacas y en el hipogastrio de intensidad mediana, anemia, formaciones fistulosas y cuadro de sub-oclusión o de oclusión.

Las evacuaciones pastosas, raramente líquidas donde en algunas ocasiones se aprecia macroscópicamente la presencia de sangre, que siempre es posible demostrar por las reacciones especiales para su investigación y donde no se encuentra pus.

En los casos en que se presentan ya los fenómenos de oclusión o sub-oclusión y en aquellos enfermos caquectizados con paredes abdominales muy adelgazadas, es fácil apreciar los movimientos peristálticos en las porciones suprayacentes a la parte estenosada, y a la palpación se aprecian tumoraciones en forma de 'salchicha' en este mismo sitio.

Unos de ellos se abren al exterior, fosa iliaca derecha, los más frecuentes y casi siempre debidos a apendicectomías o a maniobras quirúrgicas sobre la región; otros aparecen en la región perineal en forma de trayectos fistulosos abscesos que se harían por gravedad a través de la fascia pélvica. No son raras las fistulas perineales o las recto-vaginales (hueco isquio-rectal). Es muy importante tener en cuenta esta posibilidad en casos de fistulas en éstas regiones rebeldes al tratamiento, pues no curarán hasta tratar la ileitis. Raras veces aparecen en la región inguinal y aún en la lumbar, en su porción lateral. El mecanismo de producción de éstos trayectos fistulosos, sería una perforación de intestino por fenómenos de auto-digestión en las porciones afectadas de la mucosa intestinal. Recordar que la primera manifestación de la ileitis, aún antes que el dolor abdominal y la diarrea, pueden ser éstos trayectos fistulosos.

SINTOMATOLOGIA

I.—Ileitis regional aguda:

Para el cirujano es de una importancia capital la fase aguda de éste padecimiento, ya que frecuentemente se hace el diagnóstico de vientre agudo o simplemente de apendicitis aguda. Su diagnóstico diferencial con éste último padecimiento es muy difícil ya que ambos se presentan bruscamente, con dolor en la fosa iliaca del lado derecho, defensa muscular, hiperestesia, cutánea etc.

En algunos casos el diagnóstico diferencial podría hacerse por el funcionamiento del intestino ya que en la apendicitis aguda se presenta constipación, mientras que en la ileitis regional hay habitualmente fenómenos diarreicos. Si ésto es cierto para los adultos no lo es para algunas formas de apendicitis de los niños, en que, por el contrario, como sucede en la apendicitis supurada, y sobre todo en la gangrena, hay fenómenos diarreicos con olor a putrefacción. Creo sinceramente que sólo en circunstancias excepcionales, y conociendo a fondo la ileitis, podrá hacerse el diagnóstico pre-operatorio correcto. Es, una vez abierta la cavidad

peritoneal, cuando la anatomopatología macroscópica del apéndice no justifica el cuadro abdominal grave, el cirujano debe explorar meticulosamente el intestino buscando las lesiones características de la ileitis. La cuenta y fórmula leucocitaria, no tienen ningún valor diferencial, ya que en ambos padecimientos es más o menos igual. No es raro encontrar coexistiendo apendicitis gangrenosa e ileitis regional. En las obras consultadas, no se describe la anatomopatología microscópica de la ileitis aguda, porque habitualmente los cirujanos se abstienen de practicar resecciones primitivas de intestino en estas circunstancias y por lo tanto no hay suficiente material de estudios en los laboratorios.

Se ha emitido la opinión de que la ileitis aguda y crónica son dos padecimientos diferentes; pero observaciones reportadas por cirujanos de gran experiencia y seriedad, señalan que después de haber encontrado enfermos en la fase aguda, con todas las lesiones características en el intestino y haberse abstenido de operarlos, al intervenir de nuevo en los mismos por la sintomatología de la ileitis crónica, han encontrado las lesiones características de ésta fase en el sitio que ocupaban las anteriores lo que no deja lugar a duda, respecto a la unidad en sus dos estadios.

II.—Ileitis Regional Crónica.

El cuadro sintomatológico está formado por una historia clínica de larga duración, 6, 8, o 10 años; con fenómenos diarréicos frecuentes casi sub-intrantes; dolores en las fosas iliacas y en el hipogastrio de intensidad mediana, anemia, formaciones fistulosas y cuadro de sub-oclusión o de oclusión.

Las evacuaciones pastosas, raramente líquidas donde en algunas ocasiones se aprecia macroscópicamente la presencia de sangre, que siempre es posible demostrar por las reacciones especiales para su investigación y donde no se encuentra pus.

En los casos en que se presentan ya los fenómenos de oclusión o sub-oclusión y en aquellos enfermos caquectizados con paredes abdominales muy adelgazadas, es fácil apreciar los movimientos peristálticos en las porciones suprayacentes a la parte estenosada, y a la palpación se aprecian tumoraciones en forma de 'salchicha' en este mismo sitio.

Como consecuencia de la deficiente asimilación intestinal preséntase hipo-proteinemia y avitaminosis, y a ello se debe asimismo la anemia, ya que las pérdidas sanguíneas por el intestino son muy pequeñas.

Alternando con períodos silenciosos en que aparece que la enfermedad ha curado, se presentan fases agudas y sub-agudas durante años, que terminan por consumir a los enfermos por la desnutrición lenta pero fatalmente progresiva, hasta terminar en los periodos en que debido a la retracción cicatricial de las porciones afectadas se presentan los fenómenos oclusivos o sub-occlusivos.

Por la palpación, a través de la pared abdominal, es posible percibir asas intestinales apelotonadas en la fosa iliaca derecha. Si no es posible apreciarlas por ésta maniobra, debe recurrirse al tacto rectal de inapreciable valor ya que fácilmente se aprecia el plastrón en el cuadrante inferior derecho del vientre y habitualmente la ampolla rectal se encuentra desocupada.

Son de un gran valor diagnóstico la existencia de trayectos fistulosos en la fosa iliaca derecha, en el periné, ect. etc.

No debe olvidarse el tacto vaginal en la mujer.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

1o.—Con la tuberculosis iliocecal primitiva.

Es un padecimiento extraordinariamente raro, producido por bacilos de origen bovino y se presenta en los individuos que toman leche cruda, siendo más común en los campesinos. Un estudio cuidadoso basado en estadísticas meticulosamente hechas en el Hospital Monte Sinai arroja solamente 8 casos probados, en los últimos veinticinco años, cifra ésta que contrasta con los cientos de casos archivados de ileitis regional en los últimos ocho años solamente.

2o.—Con la Actinomicosis.

Es todavía más rara que la anterior y se caracteriza por plastrón en la fosa iliaca derecha con trayectos fistulosos donde se encuentran las fungosidades características y el hongo causante de la enfermedad.

3o.—Con la enfermedad de Hodking y linfosarcomatosis del intestino: son de evolución mucho más rápida, curso muy grave, caquexia precoz, grandes hemorragias, anemia e hipotermia.

ESTUDIO RADIOLOGICO.

Känter describió un signo radiológico radiografía que se considera patognomónico de la enteritis segmental "STRING-SIGN", signo de la disminución de la luz del intestino por el tejido fibroso cicatricial y por la invasión de la luz del intestino por las masas granulomatosas. Puede obtenerse con la ingestión de papilla opaca'o por enema ya que normalmente hay regurgitación del mismo a través de la válvula ileocecal.

CASOS OBSERVADOS EN EL DEPARTAMENTO DE "CIRUGIA DE VIENTRE"

1o.—Nuestra estadística es relativamente pequeña y defectuosa; Lo 1o. debido en gran parte quizá, a que los conocimientos que teníamos sobre el padecimiento se reducían a la ileitis terminal, catalogando las demás localizaciones como tuberculosis intestinal o trastornos vasculares del intestino.

Lo 2o. Porque nuestros casos tienen todos la comprobación anatómopatológica correspondiente, y por lo tanto en los que carecen de ella el diagnóstico fué hecho exclusivamente por el aspecto macroscópico que presentaron al autor siendo por lo tanto todo lo discutible que se quiera.

En forma sucinta, voy a enterar a ustedes, de las condiciones en que se presentaron nuestros casos y la forma como fueron tratados, seguramente encontrarán incongruencias en la conducta terapéutica seguida, pero ello reconoce como causa la circunstancia señalada anteriormente, ya que, por desgracia, en nuestro medio, nadie se había ocupado de poner a los cirujanos alertas sobre las distintas modalidades del mismo, y si, con este trabajo modesto de recopilación, conseguimos despertar el interés sobre ésta oscura y joven entidad nosológica, consideraremos haber llegado a la meta que nos propusimos.

Como consecuencia de la deficiente asimilación intestinal preséntase hipo-proteinemia y avitaminosis, y a ello se debe asimismo la anemia, ya que las pérdidas sanguíneas por el intestino son muy pequeñas.

Alternando con períodos silenciosos en que aparece que la enfermedad ha curado, se presentan fases agudas y sub-agudas durante años, que terminan por consumir a los enfermos por la desnutrición lenta pero fatalmente progresiva, hasta terminar en los periodos en que debido a la retracción cicatricial de las porciones afectadas se presentan los fenómenos oclusivos o sub-occlusivos.

Por la palpación, a través de la pared abdominal, es posible percibir asas intestinales apelotonadas en la fosa iliaca derecha. Si no es posible apreciarlas por ésta maniobra, debe recurrirse al tacto rectal de inapreciable valor ya que fácilmente se aprecia el plastrón en el cuadrante inferior derecho del vientre y habitualmente la ampolla rectal se encuentra desocupada.

Son de un gran valor diagnóstico la existencia de trayectos fistulosos en la fosa iliaca derecha, en el periné, ect. etc.

No debe olvidarse el tacto vaginal en la mujer.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

1o.—Con la tuberculosis iliocecal primitiva.

Es un padecimiento extraordinariamente raro, producido por bacilos de origen bovino y se presenta en los individuos que toman leche cruda, siendo más común en los campesinos. Un estudio cuidadoso basado en estadísticas meticulosamente hechas en el Hospital Monte Sinai arroja solamente 8 casos probados, en los últimos veinticinco años, cifra ésta que contrasta con los cientos de casos archivados de ileitis regional en los últimos ocho años solamente.

2o.—Con la Actinomicosis.

Es todavía más rara que la anterior y se caracteriza por plastrón en la fosa iliaca derecha con trayectos fistulosos donde se encuentran las fungosidades características y el hongo causante de la enfermedad.

3o.—Con la enfermedad de Hodking y linfosarcomatosis del intestino: son de evolución mucho más rápida, curso muy grave, caquexia precoz, grandes hemorragias, anemia e hipotermia.

ESTUDIO RADIOLOGICO.

Känter describió un signo radiológico radiografía que se considera patognomónico de la enteritis segmental "STRING-SIGN", signo de la disminución de la luz del intestino por el tejido fibroso cicatricial y por la invasión de la luz del intestino por las masas granulomatosas. Puede obtenerse con la ingestión de papilla opaca'o por enema ya que normalmente hay regurgitación del mismo a través de la válvula ileocecal.

CASOS OBSERVADOS EN EL DEPARTAMENTO DE "CIRUGIA DE VIENTRE"

1o.—Nuestra estadística es relativamente pequeña y defectuosa; Lo 1o. debido en gran parte quizá, a que los conocimientos que teníamos sobre el padecimiento se reducían a la ileitis terminal, catalogando las demás localizaciones como tuberculosis intestinal o trastornos vasculares del intestino.

Lo 2o. Porque nuestros casos tienen todos la comprobación anatómo-patológica correspondiente, y por lo tanto en los que carecen de ella el diagnóstico fué hecho exclusivamente por el aspecto macroscópico que presentaron al autor siendo por lo tanto todo lo discutible que se quiera.

En forma sucinta, voy a enterar a ustedes, de las condiciones en que se presentaron nuestros casos y la forma como fueron tratados, seguramente encontrarán incongruencias en la conducta terapéutica seguida, pero ello reconoce como causa la circunstancia señalada anteriormente, ya que, por desgracia, en nuestro medio, nadie se había ocupado de poner a los cirujanos alertas sobre las distintas modalidades del mismo, y si, con este trabajo modesto de recopilación, conseguimos despertar el interés sobre ésta oscura y joven entidad nosológica, consideraremos haber llegado a la meta que nos propusimos.

Contamos con once casos del Servicio de "CIRUGIA de VIENTRE" más uno operado con el Dr. Lozoya en el Hospital del Niño de la Ciudad de México, en el mes de noviembre de 1945.

DE LOS ONCE PRIMEROS.

- 1.—ILEO-YEYUNITIS: cuatro casos.
- 2o.—ILEITIS REGIONAL: (terminal) siete casos.
TOTAL DE ENTERITIS SEGMENTAL: once casos.
- 3o.—COEXISTIENDO CON APENDICITIS SUPURADA O GANGRENOSA: cuatro casos.
- 4o.—CON PERITONITIS: cuatro casos.
- 5o.—FISTULAS CONSECUTIVAS A APENDICECTOMIA: siete casos.
- 6o.—Se practicó laparatomía exploradora simple en dos casos.
- 7o.—Operados con diagnóstico de apendicitis: seis casos.
- 8o.—Resección del trayecto fistuloso y de una porción de intestino: seis casos.
- 9o.—Ileo-colo anastomosis: tres casos.
- 10o.—Esteo-anastomosis: dos casos.
- 11.—Ileo transversal anastomosis con exclusión de cabo distal: dos
- 12.—Confundido con tuberculosis ileo cecal o tuberculosis peritoneal:
- 13.—Confundido con MICOSIS: un caso.
- 14.—Confundido con CANCER: un caso.

Como se puede ver, por el resumen señalado anteriormente, de los once casos recopilados se han operado, con diagnóstico de apendicitis aguda, sub-aguda, o crónica 6 casos, es decir; más del 50%.

Se han confundido con tuberculosis 4 casos, es decir poco menos del 40%. El caso de Ma. T. G. es el que por su forma especial se confundió con apendicitis, neoplasma y posteriormente con Micosis, siendo diagnosticada la enteritis segmental en la cátedra de Cirugía de Vientre y habiéndosele practicado ileo-transverso-anastomosis, con exclusión del cabo distal hace aproximadamente dos años dos meses, está totalmente

curada, después de sufrir su trayecto fistuloso. Con excepción de los casos de I-G, I-A, y Ma. T. G. que se reoperaron ya con el diagnóstico de enteritis segmental; en ninguno de los otros casos se hizo el diagnóstico pre-operatorio correcto, y aún estos tres casos primitivamente fueron operados con otro diagnóstico. Dos más fueron operados con el diagnóstico de probable peritonitis post-traumática ya que en los antecedentes lo único interesante que había era el traumatismo: una patada en el abdomen de una niña de 6 años por un niño de 12 años, (traumatismo cuya intensidad es muy discutible) y el paso de una carreta por el vientre de otra niña como de cuatro años (cuya intensidad no me parece discutible). No sería remoto pensar que, en estos casos, el traumatismo abdominal desempeñó el papel de factor desencadenante del cuadro abdominal agudo por peritonitis generalizada por perforación de las porciones ya afectadas del intestino.

Otros de los casos el de I-G., encamada en el Servicio de "Neumología" se operó con el diagnóstico de vientre agudo sin que en el pre-operatorio pensáramos en la causa real de la peritonitis, ileo-yeyunitis generalizada con dos perforaciones en el ileón y multitud de placas de esclero en los lugares típicamente salteados ocupados por las lesiones.

Los siete de estos casos que presentaron trayectos fistulosos como los descritos en el capítulo de la sintomatología, se encontraron en el cuadrante inferior derecho del bajo vientre todas consecutivas a intervenciones quirúrgicas, principalmente apendicectomías o resecciones primitivas del intestino. (un caso)

En cuatro de los casos la enteritis segmental no se limitaba a la forma comúnmente señalada de la ileitis terminal, sino que afectaba así mismo el yeyuno, constituyendo la ileo-yeyunitis. En ninguno de los casos encontramos afectado el duodeno ni el colon.

Contrariamente también a lo señalado por los autores norteamericanos en cuatro de los casos encontramos peritonitis generalizada por perforación de intestino en unos casos, (2) y por perforación del apéndice en otros en que coexistían enteritis segmental y apendicitis gangrenosa.

Se practicó resección primitiva del intestino a dos enfermas: la primera I-G, el 11 de Abril de 1946 en que se resecó el último metro del ileón en que se encontraba las lesiones de la ileitis regional con fenó-

Contamos con once casos del Servicio de "CIRUGIA de VIENTRE" más uno operado con el Dr. Lozoya en el Hospital del Niño de la Ciudad de México, en el mes de noviembre de 1945.

DE LOS ONCE PRIMEROS.

- 1.—ILEO-YEYUNITIS: cuatro casos.
- 2o.—ILEITIS REGIONAL: (terminal) siete casos.
TOTAL DE ENTERITIS SEGMENTAL: once casos.
- 3o.—COEXISTIENDO CON APENDICITIS SUPURADA O GANGRENOSA: cuatro casos.
- 4o.—CON PERITONITIS: cuatro casos.
- 5o.—FISTULAS CONSECUTIVAS A APENDICECTOMIA: siete casos.
- 6o.—Se practicó laparatomía exploradora simple en dos casos.
- 7o.—Operados con diagnóstico de apendicitis: seis casos.
- 8o.—Resección del trayecto fistuloso y de una porción de intestino: seis casos.
- 9o.—Ileo-colo anastomosis: tres casos.
- 10o.—Esteo-anastomosis: dos casos.
- 11.—Ileo transversal anastomosis con exclusión de cabo distal: dos
- 12.—Confundido con tuberculosis ileo cecal o tuberculosis peritoneal:
- 13.—Confundido con MICOSIS: un caso.
- 14.—Confundido con CANCER: un caso.

Como se puede ver, por el resumen señalado anteriormente, de los once casos recopilados se han operado, con diagnóstico de apendicitis aguda, sub-aguda, o crónica 6 casos, es decir; más del 50%.

Se han confundido con tuberculosis 4 casos, es decir poco menos del 40%. El caso de Ma. T. G. es el que por su forma especial se confundió con apendicitis, neoplasma y posteriormente con Micosis, siendo diagnosticada la enteritis segmental en la cátedra de Cirugía de Vientre y habiéndosele practicado ileo-transverso-anastomosis, con exclusión del cabo distal hace aproximadamente dos años dos meses, está totalmente

curada, después de sufrir su trayecto fistuloso. Con excepción de los casos de I-G, I-A, y Ma. T. G. que se reoperaron ya con el diagnóstico de enteritis segmental; en ninguno de los otros casos se hizo el diagnóstico pre-operatorio correcto, y aún estos tres casos primitivamente fueron operados con otro diagnóstico. Dos más fueron operados con el diagnóstico de probable peritonitis post-traumática ya que en los antecedentes lo único interesante que había era el traumatismo: una patada en el abdomen de una niña de 6 años por un niño de 12 años, (traumatismo cuya intensidad es muy discutible) y el paso de una carreta por el vientre de otra niña como de cuatro años (cuya intensidad no me parece discutible). No sería remoto pensar que, en estos casos, el traumatismo abdominal desempeñó el papel de factor desencadenante del cuadro abdominal agudo por peritonitis generalizada por perforación de las porciones ya afectadas del intestino.

Otros de los casos el de I-G., encamada en el Servicio de "Neumología" se operó con el diagnóstico de vientre agudo sin que en el pre-operatorio pensáramos en la causa real de la peritonitis, ileo-yeyunitis generalizada con dos perforaciones en el ileón y multitud de placas de esclero en los lugares típicamente salteados ocupados por las lesiones.

Los siete de estos casos que presentaron trayectos fistulosos como los descritos en el capítulo de la sintomatología, se encontraron en el cuadrante inferior derecho del bajo vientre todas consecutivas a intervenciones quirúrgicas, principalmente apendicectomías o resecciones primitivas del intestino. (un caso)

En cuatro de los casos la enteritis segmental no se limitaba a la forma comúnmente señalada de la ileitis terminal, sino que afectaba así mismo el yeyuno, constituyendo la ileo-yeyunitis. En ninguno de los casos encontramos afectado el duodeno ni el colon.

Contrariamente también a lo señalado por los autores norteamericanos en cuatro de los casos encontramos peritonitis generalizada por perforación de intestino en unos casos, (2) y por perforación del apéndice en otros en que coexistían enteritis segmental y apendicitis gangrenosa.

Se practicó resección primitiva del intestino a dos enfermas: la primera I-G, el 11 de Abril de 1946 en que se resecó el último metro del ileón en que se encontraba las lesiones de la ileitis regional con fenó-

menos gangrenosos en algunas porciones y apendicitis gangrenosa que así mismo fué tratada por apendicectomía. El décimo día consecutivo a ésta intervención se presentaron fistulas estercoráceas en la herida quirúrgica, siendo reoperada un mes después, practicándose en ésta ocasión fistulectomía y resección de veinte centímetros de intestino delgado terminal junto con el ciego. Por segunda vez, doce días después de operada, se presentan las fistulas estercoráceas en la herida quirúrgica y es reoperada el 28 de Junio del mismo año con un estado general desesperado, ya que la secreción intestinal hacía fenómenos de auto-fatiga en la pared del vientre, que no pudieron ser evitados por ningún recurso. En ésta ocasión se practicó ileo transversal anastomosis latero-lateral con exclusión del cabo distal con lo que la enferma curó, encontrándose a la fecha en perfecto estado de salud en Reynosa Tamps. Fué reexaminada el mes de Febrero de 1947 encontrándola aparentemente sana se reexaminó por última vez el día 18 de Octubre de 1948 encontrándola sana. No se planteó la necesidad de extraer en un segundo tiempo la porción afectada de ileo y colon excluidos del tránsito intestinal por no haber dado sintomatología alguna.

El otro caso en que se practicó resección primitiva del intestino fué a M-H el 10 de Abril de 1946 encontrando en la cavidad peritoneal apendicitis gangrenosa e ileitis regional de la porción terminal de ileon con fenómenos también de esfacelo. Se practicó apendicectomía y resección de treinta centímetros de ileon, habiendo muerto 96 horas después de operada.

En dos casos L-C y A-G se practicó laparatomía exploradora simple por haberse encontrado los fenómenos claros de enteritis segmental, exponiendo la cavidad peritoneal a radiación con rayos ultravioletas y cerrando la cavidad por planos sin practicar ninguna otra maniobra quirúrgica. Fueron dados de alta y citados para reexamen pero desgraciadamente se han perdido ya que no han concurrido a la consulta.

Cuatro casos fueron confundidos con tuberculosis peritoneal o intestinal. Se ha practicado fistulectomía y resección de intestino afectado en seis casos habiendo obtenido éxito en cuatro de ellos J-R, F-V, A.G y G-D, y habiendo fracasado en 2, I-G, y Ma. T. G.

ENTERITIS SEGMENTAL

Se practicó ileo-colo-anastomosis (terminación de ileon con ascendente) en los casos de F-V, P-T, e I.S con éxito en el primero, defunción en el segundo, y fracaso en el tercero.

Se practicó ileo-transverso-anastomosis a dos de los casos más graves y rebeldes a los otros recursos terapéuticos I-G. y Ma. T. G. siendo un éxito brillante la intervención y señalando enfáticamente que ambos casos habían sido operados anteriormente de fistulectomías y el primero en dos ocasiones de resecciones de intestino.

En cuatro de los casos coexistió con la enteritis segmental apendicitis aguda, supurada o gangrenosa.

Un caso fué confundido con neoplasmas y con micosis.

TRATAMIENTO E INDICACIONES QUIRURGICAS.

FASE AGUDA.

Los conocimientos que venimos mencionando presuponen una serie de consideraciones de orden quirúrgico. El diagnóstico diferencial de la ileitis aguda y de la apendicitis aguda es casi imposible desde el punto de vista clínico, cuando no es un brote secundario en un proceso crónico en que ya existen estudios radiológicos anteriores o se ha hecho el diagnóstico por una laparotomía previa, en consecuencia muchas ocasiones el cirujano al hacer laparotomía con el diagnóstico de apendicitis aguda se encontrará frente a un caso de ileitis aguda, ¿qué conducta terapéutica deberá seguir en ése caso?. Hay quienes proponen practicar apendicectomía cuando el apéndice participa del proceso inflamatorio. Otros por el contrario y nosotros con ellos, prefieren no practicarla en virtud de que frecuentemente a éstas apendicectomías sigue la formación de una fistula estercorácea que no cede sino a la resección de la porción afectada de intestino.

Por lo demás en éste padecimiento como en el célebre error de Spancer Weil, parece que la simple laparotomía con penetración de aire ambiente a la cavidad peritoneal influye favorablemente en la evolución del mismo; sea por la exposición al aire ambiente, sea por su tendencia natural a pasar a la forma crónica, lo cierto es que debe abstenerse de practicar ninguna intervención en su fase aguda.

menos gangrenosos en algunas porciones y apendicitis gangrenosa que así mismo fué tratada por apendicectomía. El décimo día consecutivo a ésta intervención se presentaron fistulas estercoráceas en la herida quirúrgica, siendo reoperada un mes después, practicándose en ésta ocasión fistulectomía y resección de veinte centímetros de intestino delgado terminal junto con el ciego. Por segunda vez, doce días después de operada, se presentan las fistulas estercoráceas en la herida quirúrgica y es reoperada el 28 de Junio del mismo año con un estado general desesperado, ya que la secreción intestinal hacía fenómenos de auto-fatiga en la pared del vientre, que no pudieron ser evitados por ningún recurso. En ésta ocasión se practicó ileo transverso anastomosis latero-lateral con exclusión del cabo distal con lo que la enferma curó, encontrándose a la fecha en perfecto estado de salud en Reynosa Tamps. Fué reexaminada el mes de Febrero de 1947 encontrándola aparentemente sana se reexaminó por última vez el día 18 de Octubre de 1948 encontrándola sana. No se planteó la necesidad de extraer en un segundo tiempo la porción afecta de ileo y colon excluidos del tránsito intestinal por no haber dado sintomatología alguna.

El otro caso en que se practicó resección primitiva del intestino fué a M-H el 10 de Abril de 1946 encontrando en la cavidad peritoneal apendicitis gangrenosa e ileitis regional de la porción terminal de ileon con fenómenos también de esfacelo. Se practicó apendicectomía y resección de treinta centímetros de ileon, habiendo muerto 96 horas después de operada.

En dos casos L-C y A-G se practicó laparatomía exploradora simple por haberse encontrado los fenómenos claros de enteritis segmental, exponiendo la cavidad peritoneal a radiación con rayos ultravioletas y cerrando la cavidad por planos sin practicar ninguna otra maniobra quirúrgica. Fueron dados de alta y citados para reexamen pero desgraciadamente se han perdido ya que no han concurrido a la consulta.

Cuatro casos fueron confundidos con tuberculosis peritoneal o intestinal. Se ha practicado fistulectomía y resección de intestino afectado en seis casos habiendo obtenido éxito en cuatro de ellos J-R, F-V, A.G y G-D, y habiendo fracasado en 2, I-G, y Ma. T. G.

ENTERITIS SEGMENTAL

Se practicó ileo-colo-anastomosis (terminación de ileon con ascendente) en los casos de F-V, P-T, e I.S con éxito en el primero, defunción en el segundo, y fracaso en el tercero.

Se practicó ileo-transverso-anastomosis a dos de los casos más graves y rebeldes a los otros recursos terapéuticos I-G. y Ma. T. G. siendo un éxito brillante la intervención y señalando enfáticamente que ambos casos habían sido operados anteriormente de fistulectomías y el primero en dos ocasiones de resecciones de intestino.

En cuatro de los casos coexistió con la enteritis segmental apendicitis aguda, supurada o gangrenosa.

Un caso fué confundido con neoplasmas y con micosis.

TRATAMIENTO E INDICACIONES QUIRURGICAS.

FASE AGUDA.

Los conocimientos que venimos mencionando presuponen una serie de consideraciones de orden quirúrgico. El diagnóstico diferencial de la ileitis aguda y de la apendicitis aguda es casi imposible desde el punto de vista clínico, cuando no es un brote secundario en un proceso crónico en que ya existen estudios radiológicos anteriores o se ha hecho el diagnóstico por una laparotomía previa, en consecuencia muchas ocasiones el cirujano al hacer laparotomía con el diagnóstico de apendicitis aguda se encontrará frente a un caso de ileitis aguda, ¿qué conducta terapéutica deberá seguir en ése caso?. Hay quienes proponen practicar apendicectomía cuando el apéndice participa del proceso inflamatorio. Otros por el contrario y nosotros con ellos, prefieren no practicarla en virtud de que frecuentemente a éstas apendicectomías sigue la formación de una fistula estercorácea que no cede sino a la resección de la porción afectada de intestino.

Por lo demás en éste padecimiento como en el célebre error de Spancer Weil, parece que la simple laparotomía con penetración de aire ambiente a la cavidad peritoneal influye favorablemente en la evolución del mismo; sea por la exposición al aire ambiente, sea por su tendencia natural a pasar a la forma crónica, lo cierto es que debe abstenerse de practicar ninguna intervención en su fase aguda.

Debe señalarse sin embargo, que hay quienes recomiendan practicar la resección de la porción afectada en ésta fase, con la sola indicación de que el corte se haga en pleno tejido sano, cuando menos a 10 o 15 cms. de los límites macroscópicos de las lesiones, y practicar entero-entero-anastomosis latero-lateral por la tendencia de éste proceso que hace cicatrices retráctiles que pudieran comprometer con más facilidad las anastomosis termino-terminales o termino-laterales. Todavía algunos recomiendan practicar una ileostomia pensando que en ésta forma más rápidamente pasa el proceso a su forma crónica.

TRATAMIENTO E INDICACIONES QUIRURGICAS

FASE CRONICA

No existe tratamiento médico alguno que no se haya intentado contra la enteritis segmental; vacunoterapia, vitaminoterapia en dosis masivas, quimioterapia, etc. etc., habiendo fracasado todos ellos desgraciadamente.

Con excepción de su fase aguda su tratamiento es por excelencia quirúrgico; el diagnóstico correcto de enteritis crónica granulomatosa es inespecífica es equivalente a intervención quirúrgica. Solamente la forma difusa, que afecta todo el intestino delgado y en ocasiones hasta porciones de colon no es tributaria de la cirugía y su pronóstico es fatal a largo plazo.

El tratamiento puede hacerse en dos formas:

Practicando la resección de la porción afectada del intestino en un solo tiempo, o bien practicando ileo-transverso-anastomosis y dejando la resección de la porción afectada de intestino para un segundo tiempo que en muchas ocasiones no es necesario practicar, por curar los enfermos con el simple reposo de la porción afectada de intestino.

La ileo transverso-anastomosis se practica en dos formas fundamentales a saber: con exclusión del cabo distal o sin ella. En el segundo caso que a nosotros en lo particular no nos parece aconsejable y que jamás practicamos se ejecuta simplemente una anastomosis latero lateral de la porción sana del ileon con el colon transverso.

ENTERITIS SEGMENTAL

Como se comprende fácilmente no llena el postulado fundamental de éstas intervenciones, a saber el reposo de la porción afectada de intestino ya que las materias fecales continuarán transitando por él, aún cuando parcialmente.

La primer forma que es la que se ejecuta en el departamento puede hacerse así mismo con dos modalidades: la ileo-transverso-anastomosis término lateral o latero lateral, recomendando más la última. En ambas se hace oclusión del cabo distal con lo que se consigue un reposo casi absoluto de la porción afectada de intestinos en que se basa la curación.

Creemos que en cualquier forma, en éste padecimiento no se pueden dar reglas precisas para su tratamiento en forma esquemática; es solamente el criterio y la experiencia del cirujano lo que determinará el tipo de intervención quirúrgica que se va a practicar.

No obstante el procedimiento quirúrgico que se elija se presenta un alto porcentaje de recidivas. Algunos autores señalan el 10% de recurrencias y otros hasta el 25%; creemos que la verdad se encuentra en la segunda cifra. Estas recidivas se han observado aún en manos de los cirujanos más hábiles en la cirugía de vientre y seguramente se deben a focos en las resecciones de intestino sin tendencia a la curación por fibrosis o bien a nódulos infectados en el mesenterio haciéndose entonces la infección por vía retrógrada. Esta complicación equivale a nueva intervención quirúrgica que debe ser menos conservadora, en pleno tejido intestinal sano.

Cuando existen trayectos fistulados internos lo más frecuente es que sean penetrantes al colon sigmoide que es la porción colónica que tiene más movilidad comparada con el resto del intestino grueso, y para tratarlas correctamente hay que practicar sigmoidectomía aparte de el tratamiento de la ileitis que se elija por el peligro de la reinfección en éste sitio.

En ocasiones penetran a la vejiga, en cuyo caso debe resecarse la fistula junto con una pequeña porción de la pared vesical donde se encuentra la desembocadura de la fistula.

La técnica que seguimos para la ileo-transverso-anastomosis es la siguiente:

Debe señalarse sin embargo, que hay quienes recomiendan practicar la resección de la porción afectada en ésta fase, con la sola indicación de que el corte se haga en pleno tejido sano, cuando menos a 10 o 15 cms. de los límites macroscópicos de las lesiones, y practicar entero-entero-anastomosis latero-lateral por la tendencia de éste proceso que hace cicatrices retráctiles que pudieran comprometer con más facilidad las anastomosis termino-terminales o termino-laterales. Todavía algunos recomiendan practicar una ileostomia pensando que en ésta forma más rápidamente pasa el proceso a su forma crónica.

TRATAMIENTO E INDICACIONES QUIRURGICAS

FASE CRONICA

No existe tratamiento médico alguno que no se haya intentado contra la enteritis segmental; vacunoterapia, vitaminoterapia en dosis masivas, quimioterapia, etc. etc., habiendo fracasado todos ellos desgraciadamente.

Con excepción de su fase aguda su tratamiento es por excelencia quirúrgico; el diagnóstico correcto de enteritis crónica granulomatosa es inespecífica es equivalente a intervención quirúrgica. Solamente la forma difusa, que afecta todo el intestino delgado y en ocasiones hasta porciones de colon no es tributaria de la cirugía y su pronóstico es fatal a largo plazo.

El tratamiento puede hacerse en dos formas:

Practicando la resección de la porción afectada del intestino en un solo tiempo, o bien practicando ileo-transverso-anastomosis y dejando la resección de la porción afectada de intestino para un segundo tiempo que en muchas ocasiones no es necesario practicar, por curar los enfermos con el simple reposo de la porción afectada de intestino.

La ileo transverso-anastomosis se practica en dos formas fundamentales a saber: con exclusión del cabo distal o sin ella. En el segundo caso que a nosotros en lo particular no nos parece aconsejable y que jamás practicamos se ejecuta simplemente una anastomosis latero lateral de la porción sana del ileon con el colon transverso.

ENTERITIS SEGMENTAL

Como se comprende fácilmente no llena el postulado fundamental de éstas intervenciones, a saber el reposo de la porción afectada de intestino ya que las materias fecales continuarán transitando por él, aún cuando parcialmente.

La primer forma que es la que se ejecuta en el departamento puede hacerse así mismo con dos modalidades: la ileo-transverso-anastomosis término lateral o latero lateral, recomendando más la última. En ambas se hace oclusión del cabo distal con lo que se consigue un reposo casi absoluto de la porción afectada de intestinos en que se basa la curación.

Creemos que en cualquier forma, en éste padecimiento no se pueden dar reglas precisas para su tratamiento en forma esquemática; es solamente el criterio y la experiencia del cirujano lo que determinará el tipo de intervención quirúrgica que se va a practicar.

No obstante el procedimiento quirúrgico que se elija se presenta un alto porcentaje de recidivas. Algunos autores señalan el 10% de recurrencias y otros hasta el 25%; creemos que la verdad se encuentra en la segunda cifra. Estas recidivas se han observado aún en manos de los cirujanos más hábiles en la cirugía de vientre y seguramente se deben a focos en las resecciones de intestino sin tendencia a la curación por fibrosis o bien a nódulos infectados en el mesenterio haciéndose entonces la infección por vía retrógrada. Esta complicación equivale a nueva intervención quirúrgica que debe ser menos conservadora, en pleno tejido intestinal sano.

Cuando existen trayectos fistulados internos lo más frecuente es que sean penetrantes al colon sigmoide que es la porción colónica que tiene más movilidad comparada con el resto del intestino grueso, y para tratarlas correctamente hay que practicar sigmoidectomía aparte de el tratamiento de la ileitis que se elija por el peligro de la reinfección en éste sitio.

En ocasiones penetran a la vejiga, en cuyo caso debe researse la fistula junto con una pequeña porción de la pared vesical donde se encuentra la desembocadura de la fistula.

La técnica que seguimos para la ileo-transverso-anastomosis es la siguiente:

1.—Incisión para media izquierda, supra e infra umbilical, como de 6 a 10 cms. de longitud según cada caso particular.

2.—Ligadura de los vasos en el tejido celular subcutáneo.

3.—Incisión de la hoja anterior aponeurótica de la vaina del músculo recto anterior del abdomen, el que es rechazado desde su borde interno hacia afuera, con objeto de respetar su inervación.

4.—Incisión de la hoja aponeurótica posterior, fascia transversalis y peritoneo parietal.

5.—Se localiza la porción afectada de intestino, por lo general apotonada fibrosa, con su luz disminuida y fuertemente adherida en la fosa iliaca derecha y se determina el sitio donde terminan las lesiones, para en pleno tejido intestinal sano colocar dos clamps de coproestasis a 12 cms. de distancia uno del otro, después de haber vaciado por expresión interdigital la porción correspondiente del intestino.

6.—Colocando dos clamps de Payr equidistantes de los clamps de coproestasis en la parte media, se coloca un tercer campo para limitar uno de los tiempos sépticos de la operación: seccionando con bisturi el intestino y tocando sus extremos con fenol.

7.—Con puntos sobre la pinza se ocluyen tanto el extremo distal como el proximal.

8.—Siguiendo la técnica clásica se anastomosa lateralmente el cabo proximal del ileon con la mitad izquierda del colon transverso limitando este segundo tiempo séptico de la intervención cuidadosamente.

9.—Si se vá a practicar la entero-colo-anastomosis término lateral el tiempo séptimo solamente se ejecuta en el cabo distal, anastomosando sencillamente el proximal al transverso.

10.—Después de ejecutada la anastomosis debe cerciorarse que ésta es perfectamente permeable.

11.—Se reconstruye la pared por planos.

CONCLUSIONES

I.—La enteritis segmental es un padecimiento frecuente que debe preocupar a la profesión médica particularmente a los cirujanos por ser insuficientemente conocido y causa de errores terapéuticos graves.

II.—Ante un caso agudo de enteritis segmental debe cerrarse la celiotomía sin practicar apendicectomía por la frecuente fistulización, salvo el caso de la coexistencia de proceso apendicular supurado, gangrenoso, en cuya eventualidad debe practicarse.

III.—En su fase crónica su tratamiento, es exclusivamente quirúrgico pudiendo hacerse la resección de la porción afectada de intestino en un solo tiempo o en dos tiempos precediéndole la ileotransverso anastomosis.

IV.—En muchos casos es suficiente la ileocolostomía con exclusión para obtener la curación; solamente el transcurso del tiempo indicará si las curaciones que hemos obtenido con este procedimiento son definitivas.

V.—En los casos motivo de esta comunicación se presenta una mortalidad ligeramente menor del 20%.

VI.—Debe hacerse diagnóstico diferencial en la fase aguda con la apendicitis aguda y en la crónica con la apendicitis crónica, la tuberculosis ileocecal, intestinal o peritoneal, micosis, enfermedad de Hodking, Linfosarcomatosis del intestino, carcinoide del ileo y tumores benignos.

VII.—La etiología del padecimiento en cuestión es absolutamente desconocida, aún cuando se comporta como una infección auténtica que tuviera dos fases, aguda y crónica.

COMENTARIO

Por el Dr. Fernando Valdés Villarcal.

Aparecen en las publicaciones de los clásicos de finales del siglo pasado una serie de descripciones de necropsias o mas rara vez de intervenciones quirúrgicas en las que, dada la prolijidad con la que ellas se

1.—Incisión para media izquierda, supra e infra umbilical, como de 6 a 10 cms. de longitud según cada caso particular.

2.—Ligadura de los vasos en el tejido celular subcutáneo.

3.—Incisión de la hoja anterior aponeurótica de la vaina del músculo recto anterior del abdomen, el que es rechazado desde su borde interno hacia afuera, con objeto de respetar su inervación.

4.—Incisión de la hoja aponeurótica posterior, fascia transversalis y peritoneo parietal.

5.—Se localiza la porción afectada de intestino, por lo general apotonada fibrosa, con su luz disminuida y fuertemente adherida en la fosa iliaca derecha y se determina el sitio donde terminan las lesiones, para en pleno tejido intestinal sano colocar dos clamps de coproestasis a 12 cms. de distancia uno del otro, después de haber vaciado por expresión interdigital la porción correspondiente del intestino.

6.—Colocando dos clamps de Payr equidistantes de los clamps de coproestasis en la parte media, se coloca un tercer campo para limitar uno de los tiempos sépticos de la operación: seccionando con bisturi el intestino y tocando sus extremos con fenol.

7.—Con puntos sobre la pinza se ocluyen tanto el extremo distal como el proximal.

8.—Siguiendo la técnica clásica se anastomosa lateralmente el cabo proximal del ileon con la mitad izquierda del colon transversal limitando este segundo tiempo séptico de la intervención cuidadosamente.

9.—Si se vá a practicar la entero-colo-anastomosis término lateral el tiempo séptico solamente se ejecuta en el cabo distal, anastomosando sencillamente el proximal al transversal.

10.—Después de ejecutada la anastomosis debe cerciorarse que ésta es perfectamente permeable.

11.—Se reconstruye la pared por planos.

CONCLUSIONES

I.—La enteritis segmental es un padecimiento frecuente que debe preocupar a la profesión médica particularmente a los cirujanos por ser insuficientemente conocido y causa de errores terapéuticos graves.

II.—Ante un caso agudo de enteritis segmental debe cerrarse la celiotomía sin practicar apendicectomía por la frecuente fistulización, salvo el caso de la coexistencia de proceso apendicular supurado, gangrenoso, en cuya eventualidad debe practicarse.

III.—En su fase crónica su tratamiento, es exclusivamente quirúrgico pudiendo hacerse la resección de la porción afectada de intestino en un solo tiempo o en dos tiempos precediéndole la ileotransverso anastomosis.

IV.—En muchos casos es suficiente la ileocolostomía con exclusión para obtener la curación; solamente el transcurso del tiempo indicará si las curaciones que hemos obtenido con este procedimiento son definitivas.

V.—En los casos motivo de esta comunicación se presenta una mortalidad ligeramente menor del 20%.

VI.—Debe hacerse diagnóstico diferencial en la fase aguda con la apendicitis aguda y en la crónica con la apendicitis crónica, la tuberculosis ileocecal, intestinal o peritoneal, micosis, enfermedad de Hodking, Linfosarcomatosis del intestino, carcinoide del ileo y tumores benignos.

VII.—La etiología del padecimiento en cuestión es absolutamente desconocida, aún cuando se comporta como una infección auténtica que tuviera dos fases, aguda y crónica.

COMENTARIO

Por el Dr. Fernando Valdés Villarcal.

Aparecen en las publicaciones de los clásicos de finales del siglo pasado una serie de descripciones de necropsias o mas rara vez de intervenciones quirúrgicas en las que, dada la prolijidad con la que ellas se

hacen, es fácil adivinar que el padecimiento que ahora pone a nuestra consideración el Sr. Treviño Garza existió desde aquellas épocas; sin embargo, su clasificación nosológica se verificó hasta el 15 de Octubre de 1932, cuando Crhon, Grinsburg y Openheimer publicaron en el *Journal of the American Medical Association* su memoria fundamental al respecto, aislándole de una manera definitiva de otros cuadros patológicos con los cuales se le venía confundiendo, y de manera muy especial, de las tuberculosis intestinales y de las neoplasias digestivas.

Es de tal manera perfecta la descripción que de este padecimiento hicieron hace 16 años, poco o nada se puede añadir a tan perfecto estudio: las estadísticas más copiosas en la actualidad han permitido conocer y diagnosticarle con oportunidad, de tal manera que en la actualidad ya no deba conceptuarse como hallazgo operatorio, sino que existen elementos cada día más interesantes para llegar a un diagnóstico que en las más de las veces corroborará el estudio histopatológico de la pieza obtenida.

En nuestro medio es conocido el padecimiento también desde hace algunos años y así podemos citar entre las publicaciones que se han ocupado de el asunto las siguientes:

Dr. Luis A. Mendez.—Las ileitis terminales —Revista de Gastroenterología año 2, No. 9 1937.

Dr. Jorge Aceves Peredo.—Enteritis regionales.—Revista de Gastroenterología.—Año 4. No. 19, 1938.

Dr. Leonides Guadarrama.—Granuloma no específico del intestino. —Trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina. 1941.

Dr. Leonides Guadarrama.—Granuloma no específico del intestino. —Estudio de 11 casos.—Revista de Gastroenterología.—Año 7, No. 40.—1942.

Dr. Fernando Valdés Villareal.—4 casos de enfermedad de Crhon. —Revista Médica, Año 1, No. 9. 1943.

Las lesiones anatomopatológicas más características de padecimiento son las que a continuación mostramos, unas seleccionadas de el Servicio

de Gastroenterología del Hospital General a cargo del Dr. Ayala González y las otras de nuestra cosecha particular; desgraciadamente no nos ha sido posible el mostrar a ustedes las placas microfotográficas correspondientes por estar en la actualidad fuera de México para reimpresión; pero diremos que la lesión más característica desde el punto de vista microscópico lo es la invasión del folículo linfático del intestino, el edema por estancamiento linfático y la hiperplasia de tejido conjuntivo del estroma, lesiones que tienden todas ellas a formar la lesión macroscópica más interesante: la estenosis con ulceración y que justifican también ampliamente la imagen radiológica en tubo rígido.

Aunque diversos histopatólogos encuentran semejanza entre la lesión de la enteritis de Crhon con las lesiones fímicas bóvinas, se les diferencia por la negatividad de las reacciones de inoculación, así como por no tener nunca tendencia, ni aun en los casos más avanzados, a los ceseificación; de aquí que las ideas etiopatogénicas al respecto sean aún confusas: traumas antiguos, virus filtrables, trastornos de irrigación, etc. sin que a la fecha exista nada comprobado sobre su origen real.

Tiene toda la razón el Dr. Treviño Garza al decir que con frecuencia se confunde la ileitis terminal con la apendicitis aguda o subaguda; en los 507 casos presentados por Shappiro, el 43% de ellos habían sido operados semanas o meses antes como presuntos apendiculares y en uno de nuestros casos había sido sujeta una enferma a dos laparotomías, una para extirpar el apéndice y la otra para salpinguectomía; el dolor de la fosa iliaca derecha, estado nauseoso, leucocitosis con neutrofilia y los signos físicos de irritación peritoneal, hacen caer en la confusión; si a esto se añade una laparotomía mínima que no permita explorar mas que la base del ciego, fácil es caer en el error.

En dos de nuestros casos hemos visto el principio de la enfermedad aparente estado de salud e instalado el padecimiento bajo la forma de una oclusión intestinal súbita y habiéndose hecho sólo el diagnóstico preoperatorio de síndrome oclusivo de naturaleza indeterminada, encontrándose en uno de ellos, el más reciente, hasta 8 porciones intestinales a diversas alturas afectadas del padecimiento.

En todos nuestros casos —a la fecha— hemos hecho estudio histopatológico y creemos que sea esta la única guía exacta para establecer

hacen, es fácil adivinar que el padecimiento que ahora pone a nuestra consideración el Sr. Treviño Garza existió desde aquellas épocas; sin embargo, su clasificación nosológica se verificó hasta el 15 de Octubre de 1932, cuando Crhon, Grinsburg y Openheimer publicaron en el *Journal of the American Medical Association* su memoria fundamental al respecto, aislándole de una manera definitiva de otros cuadros patológicos con los cuales se le venía confundiendo, y de manera muy especial, de las tuberculosis intestinales y de las neoplasias digestivas.

Es de tal manera perfecta la descripción que de este padecimiento hicieron hace 16 años, poco o nada se puede añadir a tan perfecto estudio: las estadísticas más copiosas en la actualidad han permitido conocer y diagnosticarle con oportunidad, de tal manera que en la actualidad ya no deba conceptuarse como hallazgo operatorio, sino que existen elementos cada día más interesantes para llegar a un diagnóstico que en las más de las veces corroborará el estudio histopatológico de la pieza obtenida.

En nuestro medio es conocido el padecimiento también desde hace algunos años y así podemos citar entre las publicaciones que se han ocupado de el asunto las siguientes:

Dr. Luis A. Mendez.—Las ileitis terminales —Revista de Gastroenterología año 2, No. 9 1937.

Dr. Jorge Aceves Peredo.—Enteritis regionales.—Revista de Gastroenterología.—Año 4. No. 19, 1938.

Dr. Leonides Guadarrama.—Granuloma no específico del intestino. —Trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina. 1941.

Dr. Leonides Guadarrama.—Granuloma no específico del intestino. —Estudio de 11 casos.—Revista de Gastroenterología.—Año 7, No. 40.—1942.

Dr. Fernando Valdés Villareal.—4 casos de enfermedad de Crhon. —Revista Médica, Año 1, No. 9. 1943.

Las lesiones anatomopatológicas más características de padecimiento son las que a continuación mostramos, unas seleccionadas de el Servicio

de Gastroenterología del Hospital General a cargo del Dr. Ayala González y las otras de nuestra cosecha particular; desgraciadamente no nos ha sido posible el mostrar a ustedes las placas microfotográficas correspondientes por estar en la actualidad fuera de México para reimpresión; pero diremos que la lesión más característica desde el punto de vista microscópico lo es la invasión del folículo linfático del intestino, el edema por estancamiento linfático y la hiperplasia de tejido conjuntivo del estroma, lesiones que tienden todas ellas a formar la lesión macroscópica más interesante: la estenosis con ulceración y que justifican también ampliamente la imagen radiológica en tubo rígido.

Aunque diversos histopatólogos encuentran semejanza entre la lesión de la enteritis de Crhon con las lesiones fímicas bóvinas, se les diferencia por la negatividad de las reacciones de inoculación, así como por no tener nunca tendencia, ni aun en los casos más avanzados, a los ceseificación; de aquí que las ideas etiopatogénicas al respecto sean aún confusas: traumas antiguos, virus filtrables, trastornos de irrigación, etc. sin que a la fecha exista nada comprobado sobre su origen real.

Tiene toda la razón el Dr. Treviño Garza al decir que con frecuencia se confunde la ileitis terminal con la apendicitis aguda o subaguda; en los 507 casos presentados por Shappiro, el 43% de ellos habían sido operados semanas o meses antes como presuntos apendiculares y en uno de nuestros casos había sido sujeta una enferma a dos laparotomías, una para extirpar el apéndice y la otra para salpinguectomía; el dolor de la fosa iliaca derecha, estado nauseoso, leucocitosis con neutrofilia y los signos físicos de irritación peritoneal, hacen caer en la confusión; si a esto se añade una laparotomía mínima que no permita explorar mas que la base del ciego, fácil es caer en el error.

En dos de nuestros casos hemos visto el principio de la enfermedad aparente estado de salud e instalado el padecimiento bajo la forma de una oclusión intestinal súbita y habiéndose hecho sólo el diagnóstico preoperatorio de síndrome oclusivo de naturaleza indeterminada, encontrándose en uno de ellos, el más reciente, hasta 8 porciones intestinales a diversas alturas afectadas del padecimiento.

En todos nuestros casos —a la fecha— hemos hecho estudio histopatológico y creemos que sea esta la única guía exacta para establecer

el diagnóstico, ya que la anatemia macroscópica pura, aún en las manos más experimentadas, pocas luces dá sobre la naturaleza misma de la enfermedad, pudiendose cometer errores de apreciación que influyen en pro o en contra de nuestras estadísticas.

La táctica operatoria creemos es variable de acuerdo con los casos en estudio y podemos sintetizar sus indicaciones en los siguientes puntos:

- 1.—Lesiones estenosantes con gran desnutrición.
- 2.—Lesiones sangrantes.
- 3.—Lesiones múltiples.
- 4.—Lesiones con absceso.
- 5.—Lesiones fistulizadas.
- 6.—Lesiones con grandes empastamientos.

La conducta que a nuestro juicio es más de recomendarse es la resección llevada a cabo con la mayor amplitud posible y cuando esto sea verificable sin peligro para la vida del enfermo durante el acto operatorio; resecciones timidas llevan indefectiblemente a la reproducción in situ; en casos de grandes invasiones cuya movilización es fuertemente traumatizante, es de preferirse el establecimiento de cortos circuitos que pongan en reposo la lesión, pudiendose intervenir en una segunda sesión operatoria para intentar la extirpación definitiva.

El pronóstico de estas lesiones sigue siendo sombrío, ya que la intervención misma tiene altos porcentajes de mortalidad y las recidivas, por intervenciones timidas o por nuevo brote enterítico, son frecuentes.

Me permito felicitar al Sr. Dr. Treviño Garza por haber puesto a nuestra consideración un tema tan novedoso como apasionante en la cirugía abdominal.

Quistes Dentarios.

*Por el Dr. J. Quijano **

Nos vamos a referir a los quistes dentarios. Se entiende por quistes dentarios los tumores de este origen, de contenido liquido y cuya pared está tapizada de una capa epitelial y que no deben confundirse con los quistes por reblandecimientos y degeneración de un tumor sólido.

Los tumores de los maxilares son bastante frecuentes y se pueden dividir en dos clases, los de origen dentario y los de origen puramente óseo, esta división, tiene mucha importancia, puesto que los tumores de los maxilares pueden provenir de los esbozos dentarios formándose de esta manera por ejemplo, tumores benignos como los quistes o malignos como los epitelomas adamantinos y los de origen puramente óseo y por lo tanto, similares a los que se encuentran en otras partes del esqueleto, tales como los osteomas, fibromas, sarcomas, etc.; hay otros que no son estrictamente de ninguna de estas dos clases, ya que no son propiamente de la mandíbula, sino que la invaden secundariamente y que vienen siendo neoplasias primitivas de las mucosas que lo tapizan.

Los tumores de origen dentario provienen de los esbozos de los dientes por lo cual vamos a recordar someramente la embriología; el esbozo epitelial que dará lugar al diente, proviene de la invaginación del epitelio gingival, el cual, a los cuarenta días de la vida intra-uterina se hunde en el mesodermo subyacente viniendo a constituir la lámina epitelial, del borde libre de esta lámina se originan tantos mamelones como dientes de leche tengan que formarse, estos mamelones se pediculizan desprendiéndose de la lámina epitelial, no quedando unidos a ella más que por un cordón celular que deberá desaparecer más tarde, pero antes de que suceda esto, de este cordón que recibe el nombre de cordón fo-

* Monterrey, Nuevo León.

el diagnóstico, ya que la anatemía macroscópica pura, aún en las manos más experimentadas, pocas luces dá sobre la naturaleza misma de la enfermedad, pudiendose cometer errores de apreciación que influyen en pro o en contra de nuestras estadísticas.

La táctica operatoria creemos es variable de acuerdo con los casos en estudio y podemos sintetizar sus indicaciones en los siguientes puntos:

- 1.—Lesiones estenosantes con gran desnutrición.
- 2.—Lesiones sangrantes.
- 3.—Lesiones múltiples.
- 4.—Lesiones con absceso.
- 5.—Lesiones fistulizadas.
- 6.—Lesiones con grandes empastamientos.

La conducta que a nuestro juicio es más de recomendarse es la resección llevada a cabo con la mayor amplitud posible y cuando esto sea verificable sin peligro para la vida del enfermo durante el acto operatorio; resecciones timidas llevan indefectiblemente a la reproducción in situ; en casos de grandes invasiones cuya movilización es fuertemente traumatizante, es de preferirse el establecimiento de cortos circuitos que pongan en reposo la lesión, pudiendose intervenir en una segunda sesión operatoria para intentar la extirpación definitiva.

El pronóstico de estas lesiones sigue siendo sombrío, ya que la intervención misma tiene altos porcentajes de mortalidad y las recidivas, por intervenciones timidas o por nuevo brote enterítico, son frecuentes.

Me permito felicitar al Sr. Dr. Treviño Garza por haber puesto a nuestra consideración un tema tan novedoso como apasionante en la cirugía abdominal.

Quistes Dentarios.

*Por el Dr. J. Quijano **

Nos vamos a referir a los quistes dentarios. Se entiende por quistes dentarios los tumores de este origen, de contenido liquido y cuya pared está tapizada de una capa epitelial y que no deben confundirse con los quistes por reblandecimientos y degeneración de un tumor sólido.

Los tumores de los maxilares son bastante frecuentes y se pueden dividir en dos clases, los de origen dentario y los de origen puramente óseo, esta división, tiene mucha importancia, puesto que los tumores de los maxilares pueden provenir de los esbozos dentarios formándose de esta manera por ejemplo, tumores benignos como los quistes o malignos como los epitelomas adamantinos y los de origen puramente óseo y por lo tanto, similares a los que se encuentran en otras partes del esqueleto, tales como los osteomas, fibromas, sarcomas, etc.; hay otros que no son estrictamente de ninguna de estas dos clases, ya que no son propiamente de la mandíbula, sino que la invaden secundariamente y que vienen siendo neoplasias primitivas de las mucosas que lo tapizan.

Los tumores de origen dentario provienen de los esbozos de los dientes por lo cual vamos a recordar someramente la embriología; el esbozo epitelial que dará lugar al diente, proviene de la invaginación del epitelio gingival, el cual, a los cuarenta días de la vida intra-uterina se hunde en el mesodermo subyacente viniendo a constituir la lámina epitelial, del borde libre de esta lámina se originan tantos mamelones como dientes de leche tengan que formarse, estos mamelones se pediculizan desprendiéndose de la lámina epitelial, no quedando unidos a ella más que por un cordón celular que deberá desaparecer más tarde, pero antes de que suceda esto, de este cordón que recibe el nombre de cordón fo-

* Monterrey, Nuevo León.

licular, deberá formarse un nuevo mamelón secundario, el cual se convierte en el folículo que deberá de dar origen al diente de segunda dentición, de este segundo folículo se forma un tercer mamelón que vendría a ser el esbozo de una tercera dentición, pero en el hombre este tercer mamelón debe desaparecer y al persistir puede ser fácil asiento de neoplasia.

Además de los esbozos de la primera y segunda dentición y algunas veces de la tercera, se forman numerosos grupos de botones epiteliales que antes del nacimiento deben desaparecer, sin embargo, se dan casos de persistencia y estos botones vienen a constituir los restos epiteliales de Malassez y cuyo autor ha demostrado la gran importancia que tienen en la patogenia de los tumores epiteliales de los maxilares y los quistes.

Estos últimos desde el más simple hasta los quistes multiloculares, provienen de la proliferación de estos restos epiteliales. Las causas que desencadenan la proliferación de los restos epiteliales paradentarios y por lo tanto la formación de los quistes, no ha sido aún bien aclarada, pero indudablemente que la influencia del traumatismo y de la infección son factores muy determinantes, sobre todo ya que se ha puesto bien de manifiesto en los quistes uniloculares, que su desarrollo es exclusivamente a nivel de dientes con caries y por lo tanto sujetos a la infección y es lógico admitir que los microbios o sus toxinas al penetrar por el conducto dentario irritan los restos epiteliales más próximos a la raíz, ocasionando su proliferación.

Existen tres clases de quistes dentarios: primero. Quistes dentíferos, los cuales se observan exclusivamente durante la segunda dentición más o menos de los seis a los diez y ocho años y en raros casos por arriba de esta edad, cuando el quiste tiene su origen en la muela del juicio; cuando tienen su punto de partida en un diente heterotópico, puede encontrarse en lugares un poco raros, por ejemplo, bóveda palatina o rama ascendente del maxilar superior o inferior, son por lo general únicos el contenido siempre es líquido, de color claro o algunas veces café cuando hay glóbulos rojos, contiene también numerosas células epiteliales, tiene como característica primordial el contener un diente bien formado y con los caracteres morfológicos de un diente normal, en casos muy raros pueden encontrarse varias piezas dentarias: Segundo.—El quiste

unilocular simple, el cual se diferencia del anterior en la ausencia de piezas dentarias en su interior, ni siquiera rudimento de algún diente y porque se desarrolla fuera del período de dentición, estos quistes son de volumen más pequeño que los anteriores y se desarrollan principalmente en la raíz de un diente cariado y es de llamar la atención que nunca se les ha encontrado en conexión con un diente sano. tienen mayor predilección a desarrollarse en los incisivos y caninos que en los molares, la pared es más gruesa que en los anteriores y el contenido frecuentemente se vuelve purulento a consecuencia de la infección dentaria, la raíz del diente frecuentemente está al descubierto en la cavidad. Tercero.—El quiste multicolor que está formado por la aglomeración de numerosas bolsas quísticas pequeñas y que comunican entre sí, pudiendo encontrar también dos o tres bolsas de mayor tamaño, están tapizadas por una membrana muy vascularizada y el contenido es líquido hemático, algunos quistes están separados unos de otros por tabiques francamente óseos y de grosor mucho más considerable que el resto de los tabiques.

SINTOMAS.—Como estos tumores se desarrollan lenta, incidiosamente y sin dolor, el quiste permanece durante meses o años sin causar ningún trastorno ni molestia y solamente hasta cuando adquiere un volumen considerable y que empiezan a deformar la región es cuando principian a llamar la atención. Durante el tiempo que el quiste está incluido en el espesor del hueso tiene una dureza considerable y uniformemente repartida, pero a medida que el quiste crece, la pared se va adelgazando y por lo tanto, la consistencia va siendo cada vez más blanda y al hacer la palpación se puede encontrar la crepitación apergamizada y la fluctuación; en un grado más avanzado pueden presentarse molestias o dolores. Se verá que el crecimiento del tumor es muy lento, pero siempre progresivo y sin ninguna tendencia a la regresión. En los casos abandonados sin tratamiento el quiste puede abrirse espontáneamente o bien fistulizarse y en estos casos un estilete introducido por la fistula nos dará la conclusión de que se está penetrando a una cavidad bastante amplia, posteriormente puede presentarse la infección y cuando ésta se instala aumentará considerablemente los dolores y se verá edema a nivel de los tejidos próximos, y se presentará supuración persistente que no cederá hasta hacer la resección del quiste.

licular, deberá formarse un nuevo mamelón secundario, el cual se convierte en el folículo que deberá de dar origen al diente de segunda dentición, de este segundo folículo se forma un tercer mamelón que vendría a ser el esbozo de una tercera dentición, pero en el hombre este tercer mamelón debe desaparecer y al persistir puede ser fácil asiento de neoplasia.

Además de los esbozos de la primera y segunda dentición y algunas veces de la tercera, se forman numerosos grupos de botones epiteliales que antes del nacimiento deben desaparecer, sin embargo, se dan casos de persistencia y estos botones vienen a constituir los restos epiteliales de Malassez y cuyo autor ha demostrado la gran importancia que tienen en la patogenia de los tumores epiteliales de los maxilares y los quistes.

Estos últimos desde el más simple hasta los quistes multiloculares, provienen de la proliferación de estos restos epiteliales. Las causas que desencadenan la proliferación de los restos epiteliales paradentarios y por lo tanto la formación de los quistes, no ha sido aún bien aclarada, pero indudablemente que la influencia del traumatismo y de la infección son factores muy determinantes, sobre todo ya que se ha puesto bien de manifiesto en los quistes uniloculares, que su desarrollo es exclusivamente a nivel de dientes con caries y por lo tanto sujetos a la infección y es lógico admitir que los microbios o sus toxinas al penetrar por el conducto dentario irritan los restos epiteliales más próximos a la raíz, ocasionando su proliferación.

Existen tres clases de quistes dentarios: primero. Quistes dentíferos, los cuales se observan exclusivamente durante la segunda dentición más o menos de los seis a los diez y ocho años y en raros casos por arriba de esta edad, cuando el quiste tiene su origen en la muela del juicio; cuando tienen su punto de partida en un diente heterotópico, puede encontrarse en lugares un poco raros, por ejemplo, bóveda palatina o rama ascendente del maxilar superior o inferior, son por lo general únicos el contenido siempre es líquido, de color claro o algunas veces café cuando hay glóbulos rojos, contiene también numerosas células epiteliales, tiene como característica primordial el contener un diente bien formado y con los caracteres morfológicos de un diente normal, en casos muy raros pueden encontrarse varias piezas dentarias: Segundo.—El quiste

unilocular simple, el cual se diferencia del anterior en la ausencia de piezas dentarias en su interior, ni siquiera rudimento de algún diente y porque se desarrolla fuera del período de dentición, estos quistes son de volumen más pequeño que los anteriores y se desarrollan principalmente en la raíz de un diente cariado y es de llamar la atención que nunca se les ha encontrado en conexión con un diente sano. tienen mayor predilección a desarrollarse en los incisivos y caninos que en los molares, la pared es más gruesa que en los anteriores y el contenido frecuentemente se vuelve purulento a consecuencia de la infección dentaria, la raíz del diente frecuentemente está al descubierto en la cavidad. Tercero.—El quiste multicolor que está formado por la aglomeración de numerosas bolsas quísticas pequeñas y que comunican entre sí, pudiendo encontrar también dos o tres bolsas de mayor tamaño, están tapizadas por una membrana muy vascularizada y el contenido es líquido hemático, algunos quistes están separados unos de otros por tabiques francamente óseos y de grosor mucho más considerable que el resto de los tabiques.

SINTOMAS.—Como estos tumores se desarrollan lenta, incidiosamente y sin dolor, el quiste permanece durante meses o años sin causar ningún trastorno ni molestia y solamente hasta cuando adquiere un volumen considerable y que empiezan a deformar la región es cuando principian a llamar la atención. Durante el tiempo que el quiste está incluido en el espesor del hueso tiene una dureza considerable y uniformemente repartida, pero a medida que el quiste crece, la pared se va adelgazando y por lo tanto, la consistencia va siendo cada vez más blanda y al hacer la palpación se puede encontrar la crepitación apergamizada y la fluctuación; en un grado más avanzado pueden presentarse molestias o dolores. Se verá que el crecimiento del tumor es muy lento, pero siempre progresivo y sin ninguna tendencia a la regresión. En los casos abandonados sin tratamiento el quiste puede abrirse espontáneamente o bien fistulizarse y en estos casos un estilete introducido por la fistula nos dará la conclusión de que se está penetrando a una cavidad bastante amplia, posteriormente puede presentarse la infección y cuando ésta se instala aumentará considerablemente los dolores y se verá edema a nivel de los tejidos próximos, y se presentará supuración persistente que no cederá hasta hacer la resección del quiste.

Si se hace la punción exploradora se encontrará el contenido líquido. El diagnóstico se completará con el estudio radiográfico.

TRATAMIENTO.—El tratamiento de los quistes dentarios es exclusivamente quirúrgico

La punción del quiste, la incisión y el legrado del mismo, son operaciones completamente insuficientes; la extirpación completa del quiste es la única terapéutica que elimina por completo el tumor y que pone a salvo de recidivas. Cuando el quiste no es muy voluminoso, se puede hacer la intervención por la boca, pero cuando es de gran tamaño habrá que hacer las incisiones apropiadas a cada caso en particular, a fin de obtener la luz suficiente para hacer la total resección del tumor, necesi-tándose muchas veces hacer grandes destrozos, por lo cual no podríamos establecer una técnica más o menos sistematizada y reglada, sino que cada vez habrá que sujetarnos a las condiciones del caso.

SELECTIVIDAD ANTI-INFECCIOSA

FONTAMIDE

(p-amino-bencen-sulfonil-tiurea) 2255 R. P.

ANTIBACTERIANO Y ANTIMICOSICA BIEN TOLERADO
POR EL ORGANISMO

Acción electiva contra:

LUPUS - AFECCIONES MICOSICAS - NEUMOCOCCIAS
ESTAFILOCOCCIAS CUTANEAS - ESTREPTOCOCCICAS
COLIBACILOSIS

Comprimidos de 0.50 g. (tubos de 20)

Dosis inicial: 5 a 10 g. diarios. Por vía parenteral y tópica.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas de 3 y 10 cm.³
(Solución al 33%)

En Oftalmología y Otorrinolaringología.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas-gotero.

Reg. Núms. 30431, 30432, 32327. S. S. A. Prop. No. Ff-24

ES UN PRODUCTO DE LOS LABORATORIOS SPECIA - RHONE - POULENC

Establecimientos Mexicanos Colliere, S. A.

Plaza de la República 43.

México, D. F.

Si se hace la punción exploradora se encontrará el contenido líquido. El diagnóstico se completará con el estudio radiográfico.

TRATAMIENTO.—El tratamiento de los quistes dentarios es exclusivamente quirúrgico

La punción del quiste, la incisión y el legrado del mismo, son operaciones completamente insuficientes; la extirpación completa del quiste es la única terapéutica que elimina por completo el tumor y que pone a salvo de recidivas. Cuando el quiste no es muy voluminoso, se puede hacer la intervención por la boca, pero cuando es de gran tamaño habrá que hacer las incisiones apropiadas a cada caso en particular, a fin de obtener la luz suficiente para hacer la total resección del tumor, necesi-tándose muchas veces hacer grandes destrozos, por lo cual no podríamos establecer una técnica más o menos sistematizada y reglada, sino que cada vez habrá que sujetarnos a las condiciones del caso.

SELECTIVIDAD ANTI-INFECCIOSA

FONTAMIDE

(p-amino-bencen-sulfonil-tiurea) 2255 R. P.

ANTIBACTERIANO Y ANTIMICOSICA BIEN TOLERADO
POR EL ORGANISMO

Acción electiva contra:

LUPUS - AFECCIONES MICOSICAS - NEUMOCOCCIAS
ESTAFILOCOCCIAS CUTANEAS - ESTREPTOCOCCICAS
COLIBACILOSIS

Comprimidos de 0.50 g. (tubos de 20)

Dosis inicial: 5 a 10 g. diarios. Por vía parenteral y tópica.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas de 3 y 10 cm.³
(Solución al 33%)

En Oftalmología y Otorrinolaringología.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas-gotero.

Reg. Núms. 30431, 30432, 32327. S. S. A. Prop. No. Ff-24

ES UN PRODUCTO DE LOS LABORATORIOS SPECIA - RHONE - POULENC

Establecimientos Mexicanos Colliere, S. A.

Plaza de la República 43.

México, D. F.

HIDROCILINA

R E F O R Z A D A

La Hidrocilina (reforzada) es el agente Terapéutico que ataca de inmediato al microorganismo causal y mantiene las condiciones adversas para el mismo durante el mayor tiempo posible.

Presentación:

HIDROCILINA	100 Reg. No. 34453 S.S.A.	200 Reg. No. 34630 S.S.A.	300 Reg. No. 34454 S.S.A.	600 Reg. No. 34455 S.S.A.	1,500 Reg. No. 34466 S.S.A.
Penicilina G Proca- ínica Cristalina ...	100,000 U.O.	200,000 U.O.	300,000 U.O.	600,000 U.O.	1,500,000 U.O.
Penicilina G Sódica Cristalina	25,000 U.O.	50,000 U.O.	100,000 U.O.	200,000 U.O.	500,000 U.O.
Carboximetileclulosa..	6 mg.	6 mg.	6 mg.	6 mg.	6 mg.

Todas estas presentaciones van acompañadas de una ampollita conteniendo solución estéril de cloruro de sodio al 0.85% para la suspensión-solución del producto.



C A R L O S G R O S S M A N, S. A.
SABÍ CARNOT No. 86 MEXICO, D. F.